**KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TUBERKULOSIS PARU**

**DENGAN BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK EFEKTIF**

**DI RUANG MELATI RUMAH SAKIT**

**UMUM DAERAH BANGIL**

**PASURUAN**

****

**OLEH :**

**NURUL AISAH**

**161210029**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

**INSAN CENDEKIA MEDIKA**

**JOMBANG**

**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TUBERKULOSIS PARU**

**DENGAN BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK EFEKTIF**

**DI RUANG MELATI RUMAH SAKIT UMUM**

**DAERAH BANGIL**

**PASURUAN**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang

**Oleh :**

**NURUL AISAH**

**161210029**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

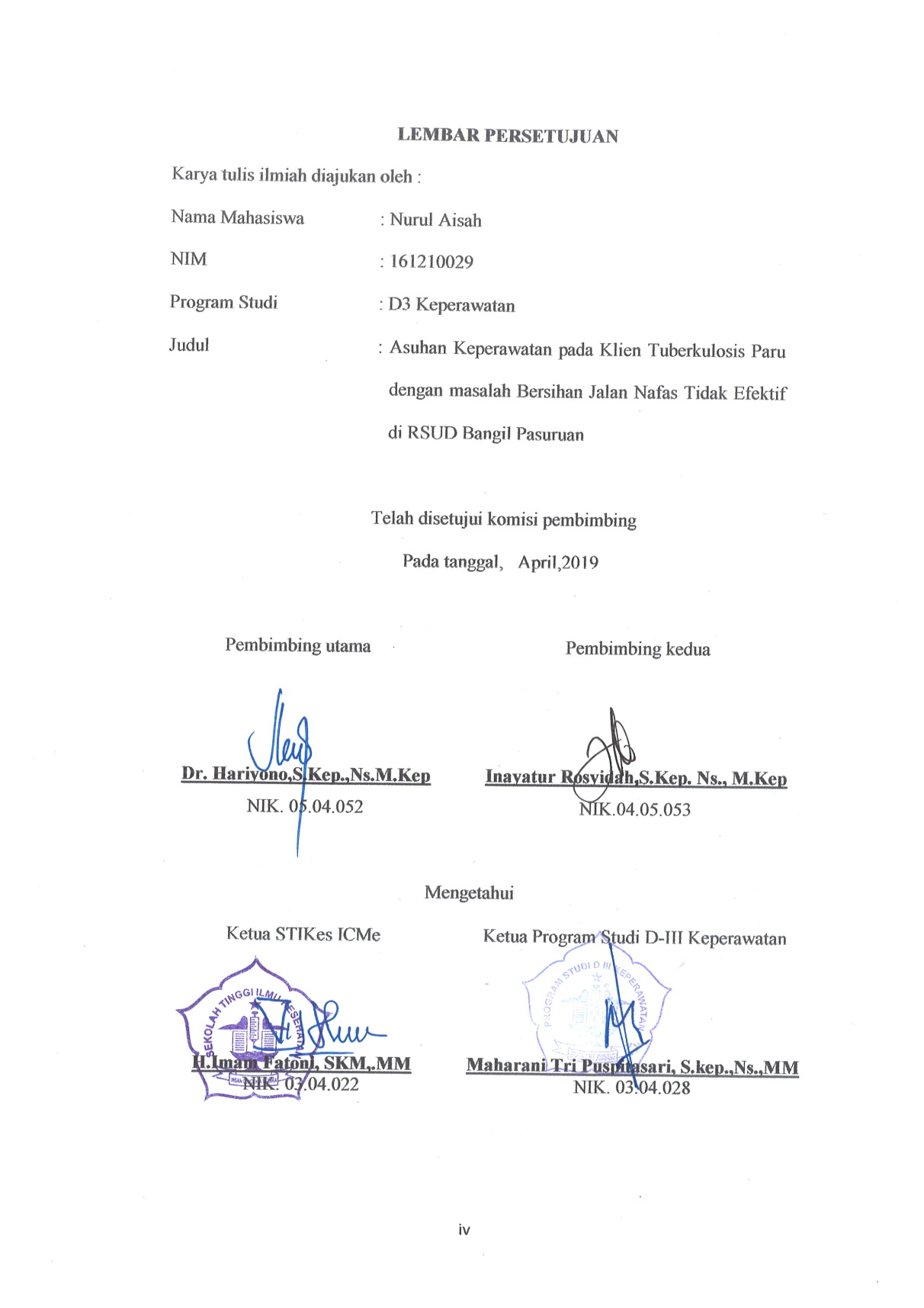
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN**

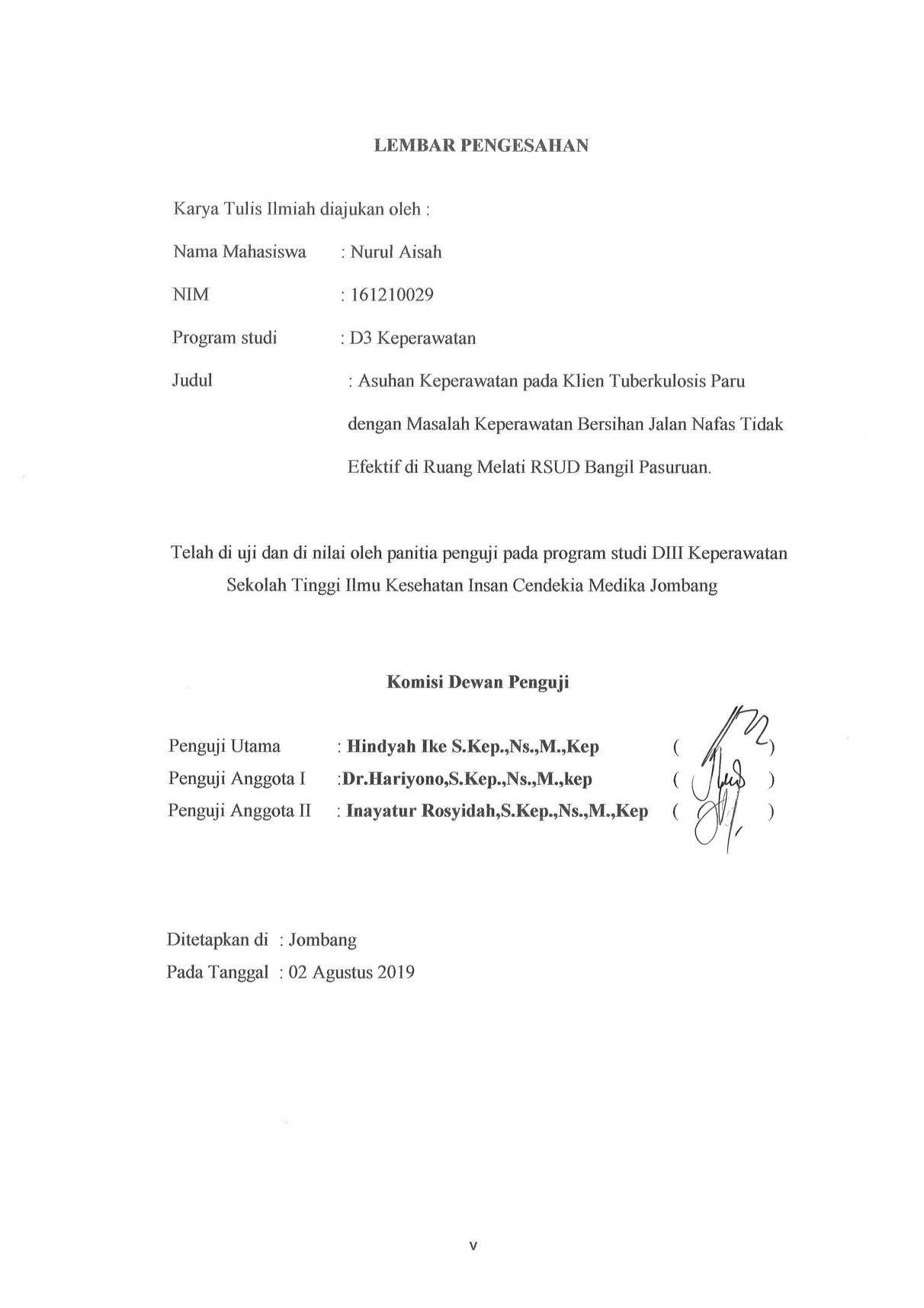
**INSAN CENDEKIA MEDIKA**

**JOMBANG**

**2019**



****

****

**RIWAYAT HIDUP**

Penulis dilahirkan di Wonogiri, 10 Februari 1998 dari pasangan Ibu Tukini dan Bapak Santoso. Penulis anak pertama dari dua bersaudara.

Tahun 2010 penulis lulus dari SDN 1 Bugelan Kismantoro Wonogiri, Tahun 2013 penulis lulus dari SMP N 1 Nawangan Pacitan, Tahun 2016 penulis lulus dari SMK Kesehatan Bakti Indonesia Medika Ponorogo. Pada Tahun 2016 penulis lulus seleksi masuk STIKes “Insan Cendekia Medika” Jombang melalui jalur undangan. Penulis memilih program studi DIII Keperawatan dari lima bidang studi yang ada di STIKes “Insan Cendekia Medika” Jombang

Demikian riwayat ini di buat dengan sebenarnya.

Jombang, April,2019

**Nurul Aisah**

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkankehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga Karya Tulis Ilmiah telah terselesaikan dengan baik.

Selanjutnya, saya mengucapkan terimakasih sebanyak-banyaknya kepada pihak yang telah membantu terselesaikannya penyususnan Karya Tulis Ilmiah studi kasus tentang **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis Paru Dengan Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif”**.Tersusunnya Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk memenuhi tugas sebagai syarat terselesaikannya program DIII Keperawatan. Terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini, tidak lepas dari bimbingan, pengarahan, dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu saya mengucapkan terima kasih kepada Ketua STIKes ICMe Jombang,Pembimbing Utama, Pembimbing Anggota. Ketua Program Studi DIII Keperawatan serta seluruh Civitas Akademik Program DIII Keperawatan.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, maka penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi sempurnanya penulisan ini. Harapan penulis mudah - mudahan penulisan ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Akhirnya, semoga Allah Senantiasa Memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada siapa saja yang mencintai pendidikan Amin Ya Robbal Alamin.

Jombang , April 2019

Penulisan

**ABSTRAK**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TUBERKULOSIS PARU**

**DENGAN BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK EFEKTIF**

**DI RUANG TERATAI RUMAH SAKIT**

**UMUM DAERAH BANGIL**

**PASURUAN**

**Oleh :**

**Nurul Aisah**

Tuberkulosis paru(TB)masih menjadi masalah utama kesehatan di dunia maupun di indonesia. Diperkirakan sepertiga penduduk dunia telah terkena infeksi oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* (Siswanto, dkk 2015). Tujuan studi kasus ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada klien tuberculosis paru dengan masalah bersihan jalan napas tidakefektif.

Desain penelitian berikut ini menggunakan pendekatan deskriptif. Partisipan yang digunakan adalah 2 klien yang didiagnosa medic mengalami Tuberkulosis Paru dengan masalah bersihan jalan napas tidakefektif. Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi, dokumentasi.

Hasil penelitian disimpulkan sebagai berikut berdasarkan data pengkajian diketaui bahwaTn.M mengeluh batuk yang didukung dengan data obyektif dahak berwarna hijau, terdapat suara nafas tambahan ronchi, irama napas tidak teratur, RR 28x/menit. Sedangkan Tn.R mengatakan batuk didukung dengan data obyektif dahak berwarna hijau, penggunaan otot bantu napas, RR 28x/menit. Diagnosa keperawatan yang di tetapkan adalah bersihan jalan napas tidakefektif. Intervensi keperawatan yang digunakan pada bersihan jalan napas tidakefektif, disusun Berdasarkan kriteria NIC NOC tahun 2015 yang meliputi Airway Patency dan Airway Managemen. Implemetasi kepada lienTn.M dan Tn.R dikembangkan dari hasi kajian yang dilakukan dalam 3 hari pertemuan.

Setelah dilakukan implementasi 3 hari tersebut, maka hasil evaluasi akhir Tn.M masalah teratasi, sedangkan Tn.R masalah teratasi sebagian. Jadi padaTn.R masih memerlukan implementasi lanjutan karena masalah belum teratasi seutuhnya.

**Kata kunci : Asuhan Keperawatan, TB Paru, Ketidak Efektifan BersihanJalan Nafas**

***ABSTRACT***

***NURSING CARE IN CLIENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS WITH***

***AIRWAY CLEARANCE IS INEFFECTIVE IN TERATAI***

***RSUD BANGIL ROOM***

***By :***

***Nurul Aisah***

*Pulmonary TB is still a major health problem in the world and in indonesia. An estimed one-third of the world’s population has been exposed to infection by mycobacterium tuberculosis (Siswanto, et al 2015). The purpose of the case study is to carry out nursing care in pulmonary tuberculosis client with ineffective airway clearance problem.*

*The research design using descriptive approch. Participants used were 2 clients diagnosis with pulmonary tuberculosis with ineffective airway clearance. Data collected from interviews, observation, and dokumentation.*

*The results of the study were semmarized as follow based on the assessmentdata know that Tn.M complained cough supported with objective data of green sputum, there are the are additional breath sound ronchi, irregular breath rhythm, RR 28x/min.while Tn.R says cough is supported with objective data of green sputum, the use of breathing RR 28x/min. The nursing diagnosis that is set is an ineffective airway clearance are ineffective, complied based on NIC NOC 2015 creteria covering airway patency and airway management. The implementation of Tn.M and Tn.R clients was developed from the result of the intervetion study conducted 3 meetings.*

*After implementation for 3 meetings, the final evalution result Tn.M problem resolved. While the Tn.R problem is partially resolved. So Tn.R still requires further implementation because the problem is not resolved entirely.*

***Keywords : Nursing care, Pulmonary TB, Airway Clearance is Ineffective***

**MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

MOTTO

**“**IMPOSIBLE IS NOTHING”

PERSEMBAHAN

Yang utama dari segalanya

Sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT, taburan cinta dan kasih sayang-Mu telah memberikan kekuatan, membekaliku dengan ilmu serta memperkenalkan dengan cinta, Atas karunia serta kemudahan yang engkau berikan akhirnya karya tulis ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan.

Rasulullah Muhammad SAW

Kupersembahkan karya sederhana ini kepada orang yang sangat ku cintai dan sayangi serta ku hormati

Ibu dan Ayah tercinta

serta ku ucapkan banyak terimakasih untuk teman - teman seperjuangan ku selama 3 tahun ini,Sebagai tanda bukti, hormat dan rasa terimakasih yang tiada terhingga kupersembahkan karya sederhana ini kepada ibu dan ayah,teman yang telah banyak memberikan ku suport dan doa – doanya , terimakasih atas segala dukungan, cinta dan kasih sayang yang tidak terhingga yang tidak mungkin dapat ku balas dengan selembar kertas yang tertuliskan kata cinta dan persembahan.

Pembimbingku

Lembaran\_lembaran goresan tinta ini juga kupersembahkan kepada kedua pembimbingku yang telah sabar membimbing, memotivasi, dan mengarahkanku untuk menyelesaikan rangkaian karya kecil yang sederhana yang cukup membanggakan untukku

Terimakasih

**Bapak Dr.Hariyono,S.Kep.,Ns.,M.,Kep**

Dan

**Ibu Inayatur Rosyidah,S.Kep.,Ns.,M.Kep**

**DAFTAR ISI**

**Halaman Judul i**

**Halaman Judul Dalam ii**

**Surat Pernyataan iii**

**Lembar Persetujuan Karya Tulis Ilmiah iv**

**Lembar Pengesahan Penguji v**

**Riwayat Hidup vi**

**Kata Pengantar vii**

**Abstrak viii**

**Abstract ix**

**Motto dan Persembahan xi**

**Daftar Isi xii**

**Daftar Iabel xiii**

**Daftar Gambar xiv**

**Daftar Lampiran xvi**

**Lambang dan Singkatan xvii**

**BAB 1 PENDAHULUAN**

* 1. Latar Belakang 1
  2. Batasan Masalah 4
  3. Rumusan Masalah 4
  4. Tujuan Penulisan 4
  5. Manfaat 5

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1Konsep Teori Tuberkulosis Paru 6

2.1.1 Defisini Tuberkulosis 6

2.1.2 Klasifikasi Tuberkulosis Paru 6

2.1.3 Etiologi Tuberkulosis Paru 7

2.1.4 Manifestasi Klinis Tuberkulosis Paru 8

2.1.5 Patofisiologi 9

2.1.6 Skema Pohon Masalah 11

2.1.7 Penatalaksanaan 12

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang 14

2.2 Konsep Teori Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif 16

2.2.1 Definisi 16

2.2.2 Penyebab 16

2.2.3 Gejala Dan Tanda Mayor 16

2.2.4 Gejala Dan Tanda Minor 17

2.2.5 Kondisi Klinis Terkait 17

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Klien Tuberkulosis Paru 18

2.3.1 Pengkajian 18

2.3.2 Daftar Diagnosa 27

2.3.3 Diagnosa Prioritas 27

2.3.4 Intervensi Keperawatan 28

2.3.5 Implementasi Keperawatan 29

2.2.6 Evaluasi Keperawatan 30

**BAB 3 METODE PENELITIAN**

3.1 Desain Peneliatian 31

3.2 Batasan Istilah 31

3.3 Partisipan 32

3.4 Lokasi dan Waktu Peneliatian 33

3.5 Pengumpulan Data 33

3.6 Uji Keabsahan Data 34

3.7 Analisa Data 34

3.8 Etik Penelitian 36

**BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN**

4.1 Hasil 37

4.2 Pembahasan 57

**BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN**

5.1 Kesimpulan 65

5.2 Saran 66

**DAFTAR PUSTAKA** 67

**LAMPIRAN**

**DAFTAR TABEL**

No.Tabel Daftar Tabel Halaman

2.3.4 Intervensi Keperawatan 28

4.1.2 Pengkajian 37

4.1.3 Pola Kebiasaan 39

4.1.4 Pemeriksaan Fisik 40

4.1.5 Pemeriksaan Diagnostik 43

4.1.6 Analisa Masalah 44

4.1.7 Diagnosa Keperawatan 45

4.1.8 Rencana Tindakan Keperawatan 46

4.1.9 ImplementasiKeperawatan 48

4.1.10 Evaluasi 54

**DAFTAR GAMBAR**

No.Tabel Daftar Gambar Halaman

2.1.6 Skema Tuberkulosis Paru 11

**DAFTAR LAMPIRAN**

No Lampiran

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Pelaksanaan Laporan Kasus

Lampiran 2 Formulir Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 3 Formulir Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 4 Formulir Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 5 Lembar Format Pengkajian

Lampiran 6 Surat Pernyataan

Lampiran 7 Surat Ijin Penelitian Rumah Sakit

Lampiran 8 Surat Persetujuan penelitian

Lampiran 9 Lembar Konsultasi Pembimbing I

Lampiran 10 Lembar Konsultasi Pembimbing II

**DAFTAR LAMABANG DAN SINGKATAN**

- : Sampai

**%** : Persentase

> : Lebih Dari

0C : Derajat Celsius

ADL : Activity Daily Living

BB : Berat Badan

BCG : Bacille Celmette Guerin

Depkes RI : Departemen Kesehatan Republik Indonesia

Dinkes Jatim : Dinas Kesehatan Jawa Timur

DOTSC :Directly Observed Treatment Short Course

GBS : Gillian Barre Syndrome

GGN : Gangguan

GI : Gastro Intestinal

Hb : Hemoglobin

IPPA : Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi

Kemenkes RI : Kementrian Kesehatan Republik Indonesia

KIE : Komunikasi Informasi Edukasi

LSM : Lembaga Swadaya Masyarakat

MDR TB : Multidrug-resistant tuberkulosis

MRS : Masuk Rumah Sakit

NaCl : Natrium Clorida

NIC : Nursing Interventions Classification

NOC : Nursing Outcomes Classification

O2 : Oksigen

OAT : Obat Anti Tuberkulosis

PPTPI : Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Paru Indonesia

RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah

SDKI : Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia

STIKes ICMe : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika

TB : Tuberkulosis

TIO : Tekanan Intra Okuler

WHO : World Health Organitation

WOD : Wawancara, Observasi, Dokumen

**BAB 1**

**PENDAHULUAN**

* 1. **Latar Belakang**

Asuhan keperawatan pasien dengan diagnose TBC muncul masalah keperawatan salah satunya ketidakefektifan bersihan jalan nafasyang disebabkan oleh akumulasi secret yang berlebih dan penyakit TBC dapat menyebabkan demam, batuk atau batuk darah, sesak nafas, nyeri dada penyakit ini juga dapat menyebabkan penumpukan secret. Bersihan jalan nafas tidakefektif adalah ketidakmampuan untuk membersihkan secret atau obstruksi saluran nafas guna mempertahankan saluran nafas. Bersihan jalan nafas tidakefektif merupakan ketidakmampuan dalam membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk menjaga bersihan jalan nafas(Herman,2012).

Datadari *World Health Organitation* (WHO) tahun (2013), menyatakan bahwa ada sekitar 8,6 juta orang jatuh sakit dengan TBC dan 1,3 juta meninggal akibat TBC. Angka kematian akibat Tuberkulosis Paru pada tahun 2008 sampai tahun 2012 mencapai angka lebih dari 95 % dan terjadi padamasyarakatberpenghasilan rendah dan menengah. Indonesia menjadi rangkingkelima di dunia dalam negara dengan beban Tuberkulosis tertinggi di dunia. Estimasi pravalensi Tubekulosis paru semua kasus yaitu sebesar 660.000 dan estimasi insiden berjumlah 430.000 kasus baru per tahun.Sedangkan jumlah kematian yang di sebabkan oleh Tb paru di perkirakan 61.000 kematian tiap tahunnya (Kemenkes RI, 2011). Berdasarkan *Global Report* 2015 dari 9,6 juta kasus. Tb paru baru pada tahun 2014, terdapat 58% berada di Asia Tenggara dan Pasifik Barat. Lebih dari separuh kasus Tuberkulosis di dunia (54%) terjadi di Cina, India, Indonesia, Nigeria, dan Pakistan. Di perkirakan 3,3% adalah *multidrug-resistant tuberkulosis (MDR TB),* tingkat yang tidak berubah dalam beberapa tahun terakhir (WHO, 2015). Provinsi Jawa Timur menjadi penyumbang jumlah penemuan penderita Tuberkulosis Paru terbanyak kedua di bawah Provinsi Jawa Barat (Kemenkes,2011). Pasien Tuberkulosis pada Provinsi Jawa Timur Tahun 2015 tercatat hingga Bulan Febuari Tahun 2016 mencapai 38.912 orang. Angka kematian di Jawa Timur akibat penyakit Tuberkulosis mencapai 119 kasus sepanjang 2014 hingga Maret 2015 (Dinkes Jatim, 2016).

Tuberkulosis paru di sebabkan olehkuman*Mycobacterium Tuberculosis*yang dapat ditularkan melalui udara *(droplrt nuklea)* saat seorang klien Tuberkulosis batuk dan percika ludah yang mengandung bakteri tersebut terhirup orang lain saat bernafas (Widoyono, 2008). Beberapa faktor kemungkinan yang menjadi resiko terjadinya Tuberkulosis paru diantaranya faktor kependudukan (umur, jenis kelamin, status gizi, peran keluarga, tingkat pendidikan,) faktor lingkungan (luas ventilasi, kepadatan hunian, intensitas pencahayaan lantai, dinding,) perilaku (kebiasaan merokok).(Umar Fahmi Achmad, 2005, Kemenkes RI,2010). Apa bila pasien dengan Tbparu tidak di tangani dengan baik maka kemungkinan besar akan mengalami komplikasi seperti hemoptitis (perdarahan dari saluran nafas bawah) pneumotorak, pembawa infeksi pada orang lain.

Muttaqin, (2016), Tatalaksana tuberculosis paru dibagi menjadi 3 bagian, yaitu pencegahan, pengobatan dan penemuan penderita (*akti case finding*).Tuberkulosis dengan masalah bersihan jalan nafas tidakefektif dengan mengatur posisi *fowler/ semifowler* tinggi dan bantu berlatih napas dalam dan batuk efektif posisi *fowler*  memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya napas, ventilasi maksimal membuka area atelektasis dan meningkatkan gerakansecret ke jalan napasbesar untuk dikeluarkan. Pengobatan Tuberkulosis paru dapat diukur dengan yang mengindikasikan presentase pasien baru TB paru. BTA (+) yang menyelesaikan pengobatan ,baik yang sembuh maupun menjalani pengobatan lengkap diantara pasienbaru TB paru BTA (+) yang tercatat.Keberhasilan dalam program Tuberkulosis paru dipengaruhi oleh beberapa factor, dimulai dari tingkat pendidikan pengetahuan penderitaan penyakit Tb paru, keadaan social ekonomi, keadaan penyakit penderita, dan juga dukungan keluarga (Nurmadya,2014).

* 1. **Rumusan Masalah**

Bagaimana asuhan keperawatan klien tuberkulosis paru dengan Dengan Bersihan Jalan Nafas TidakefektifDi Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan?

* + 1. **Tujuan Umum**

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien tuberkulosis paru dengan bersihan jalan nafas tidakefektif di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

* + 1. **Tujuan Khusus**

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien tuberkulosis paru dengan bersihan jalan nafas tidakefektif di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
2. Mampu menetapkan diagnosis keperawatan pada klien tuberkulosis paru dengan bersihan jalan nafas tidakefektif di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
3. Mampu menyusun perencanaan keperawatan pada klien tuberkulosis paru dengan bersihan jalan nafas tidakefektif di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
4. Mampu melakukan tindakan keperawatan pada klien tuberkulosis dengan bersihan jalan nafas tidakefektif.
5. Mampu melakukan evalusi keperawatan pada klien tuberkulosi paru dengan bersihan jalan nafas tidak efektif.
   1. **Manfaat** 
      1. **Manfaat Teoritis**

Hasil peningkatan ilmu penegtahuan dalam mencari pemecahan permasalahan kesehatan yang berhubungan dengan bersihan jalan nafas tidakefektif pada klien tuberkulosis.

* + 1. **Manfaat Praktis**

Dapat bermanfaat bagi klien dan keluarga untuk menambah pengetahuanpenyembuhan dengan kasus bersihan jalan nafas tidakefektif pada klien tuberkulosis paru.Sebagai bahan masukan dalam dasar penggunaan asuhan keperawatan pada klien tuberkulosis paru dengan masalah bersihan jalan nafas tidakefektif.Menjadi pedoman dan pengembangan untuk meningkatkan mutu pendidikan yang akan datang di STIKes ICMe Jombang dalam melakukan praktik klinik.

**BAB 2**

**TINJAUAN PUSTAKA**

* 1. **Konsep Teori Tuberkulosis Paru**
     1. Definisi Tuberkulosis Paru

Tuberkulosis merupakan penyakit infeksi yang dengan sangat mudah dapat menular, penyakit ini di sebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* yang dapat dengan sangat luas menyebar melalui saluran pernafasan dan saluran pencernaan GI *(Gastro Intestinal )* serta pada luka terbuka di kulit. Penularan paling banyak yaitu melalui inhalasi droplet yang berasal dari orang yang terinfeksi bakteri tersebut (Nurarif&Kusuma, 2015)

Tuberkulosis Paru merupakan penyakit infeksi yang menyerang pada parenkim paru-paru, di sebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis.*Penyakit ini juga bisa menyebar ke berbagai bagian tubuh lain misalnya pada meningen, ginjal, tulang, dan nodus limfe (Somantri, 2009).

* + 1. Klasifikasi

Klasifikasi menurut *American Thoracic Society :*

1. Kategori 0 : Tidak pernah terpajan, dan tidak terinfeksi, riwayat kontak negatif, tes tuberculin negatif.
2. Kategori 1 : terpajan tuberkulosis, tetapi tidak terbukti ada infeksi. Disisni riwayat kontak positif, tes tuberculin negatif.
3. Kategori 2 : Terinfeksi tuberkulosis, tetapi tidak sakit. Tes tuberculin positif, radiologis dan sputum negatif.
4. Kategori 3 : Terinfeksi tuberculosis dan sakit. (Nurarif&Kusuma, 2015)
   * 1. Etiologi

Nurarif&Kusuma(2015), Tuberculosis di sebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis.* Bakteri ini berbentuk batang dengan ukuran 1-4µm dan tebal 0,3-0,6 µm. Basil ini tidak berspora sehingga mudah di basmi dengan pemanasan, sinar matahari, dan sinar ultraviolet. Ada dia macam mikrobakteria tuberculosis yaitu Tipe Human dan Tipe Bovin. Basil Tipe Bovin berada dalam susu sapi yang menderita masitis tuberculosis usus. Basil Tipe Human bisa berada di bercak ludah (droplet) dan di udara yang berasal dari penderita Tuberkulosis Paru, Dan orang yang terkena rentan terinfeksi bila menghirupnya.Setelah organisme terinhalasi, dan masuk paru-paru bakteri dapat bertahan hidup dan menyebar ke nodus limfatikus lokal. Penyebaran melalui aliran darah ini dapat menyebabkan Tuberkulosis Paru pada orang lain, dimana infeksi laten dapat betahan sampai bertahun-tahun.

Dalam perjalanan penyakkitnya terdapat 4 fase :

1. Fase 1 (fase Tuberculosis Primer)

Masuk ke dalam paru dan berkembang biak tanpa menimbulkan reaksi pertahanan tubuh.

1. Fase 2
2. Fase 3 (Fase Laten) : fase dengan kuman yang tidur (bertahun-tahun / seumur hidup) dan reaktifitas jika terjadi perubahan keseimbangan daya tahan tubuh, dan bisa terdapat di tulang panjang, vetebra, tuba fallopi, otak, kelenjar limfe hilus, leher dan ginjal.
3. Fase 4 : dapat sembuh tanpa cacat atau sebaliknya, juga dapat menyeybar ke organ yang lain dan yang kedua ke ginjal setelah paru.
   * 1. Manifestasi klinis

Nurarif&Kusuma (2015) manifestasi klinis yang muncul adalah sebagai berikut :

1. Demam 40-41 0C, serta ada batuk / batuk darah.
2. Sesak nafas dan nyeri dada.
3. Malaise, keringat malam.
4. Suara khas pada perkusi dada, bunyi dada.
5. Peningkatan sel darah putih dengan dominasi limfosit.
6. Pada anak :
7. Berkurangnya BB 2 bualn berturut-turut tanpa sebab yang jelas atau gagal tubuh.
8. Demam tanpa sebab jelas, terutama jika berlanjut sampai 2 minggu.
9. Batuk kronik > 3 minggu, dengan atau tanpa wheeze.
10. Riwayat kontak dengan pasien TB paru dewasa.
    * 1. Patofisiologi

Infeksi di awali karena seseorang menghirup basil *Microbacterium Tuberkulosis.*Bakteri menyebar melalui jalan napas menuju alveoli lalu berkembang dan terlihat bertumpuk. Perkembangan *Microbacterium Tuberkulosis* juga dapat menjangkau sampai ke area lain dari paru-paru (lobus atas). Basil juga menyebar melalui sistem limfe dan alliran darah ke bagian tubuh lain, (ginjal, tulang dan korteks serebri) dan area lain dari paru-paru (lobus atas). Selanjutnya sistem kekebalan tubuh memberikan respon dengan melakukan reaksi imflamasi.Neutrofil dan makrofag melakukan aksi fagositosis (menelan bakteri), sementara limfosit spesifik-tuberkulosis menghancurkan (melisiskan) basil dan jaringan normal reaksi jaringan ini mengakibatkan terakumulasinya eksudat dalam alveoli yang menyebabkan bronkopneumonia.Infeksi awal biasanya timbul dalam waktu 2-10 minggu setelah terpapar bakteri.

Interaksi antara *Microbacterium Tuberkulosis* dan sistem kekebalan tubuh pada masa awal infeksi membentuk sebuah massa jaringan baru yang di sebut granuloma. Granuloma terdiri atas gumpulan basil hidup dan mati yang di kelilingi oleh makrofag seperti dinding. Granuloma selanjutnya berubah bentuk menjadi massa jaringan fibrosa. Bagian tengah dari massa tersebut di sebut ghon Tubercle. Materi yang terdiri atas makrofag dan bakteri menjadi nekrotik yang selanjutnya yang membentuk yang penampakannya seperti keju *(necrotizing caseosa)* hal ini yang akan menjadi klasifikasi dan akhirnya membentuk jaringan kolagen kemudian bakteri menjadi nonaktif. (Somantri, 2009)

* + 1. Skema pohon masalah Tuberkulosis menurut (Muttaqin, 2008)

Invasi bakteri tuberkulosis melalui inhalasi

Reaksi sistemis : anoreksia, mual, demam, penurunan berat badan, dan kelemahan.

Bakteri dorman

Sembuh dengan fokus ghon

Infeksi primer

Sembuh

Penyebab bakteri secara bronkogen,limfogen,dan hematogen.

Infeksi pasca- primer (Reaktivitas)

Sembuh dengan fibrotik

Bakteri muncul beberapa tahun kemudian

Reaksi infeksi / inflamasi, membentuk kavitas dan merusak parenkim paru

Penurunan jaringan efektif paru,

atetelektasis, kerusakan membran alveolar-kapiler merusak pleura, dan perubahan cairan intrapleura.

1. Edema trakeal/faringeal
2. Peningkatan produksi sekret
3. Pecahnya pembuluh darah jalan nafas

Komplikasi TB Paru :

1. Efusi pleura
2. pneumothoraks
3. Intake nutrisi tidak adekuat
4. Tubuh makin kurus
5. Ketergantungan aktivitas sehari-hari
6. Kurangnya pemenuhan istirahat dan tidur
7. Kecemasan
8. Kurangnya informasi
9. Batuk produktif
10. Batuk darah
11. Sesak nafas
12. Penurunan kemampuan batuk efektif

Sesak nafas, penggunaan ototbantu nafas, dan pola nafas tidakefektif

1. Perubahan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan
2. Gangguan pemenuhan ADL *(Activity Daily Living)*
3. Gangguan pemenuhan istirahat dan tidur
4. Kecemasan
5. Ketidaktahuan/pemenuhan informasi
6. Pola napas tidak efektif
7. Gangguan pertukaran gas
8. Bersihan jalan nafas tidak efektif
9. Resiko tinggi sufokasi

Gambar 2.1 Skema Pohon Masalah Tuberkulosis Paru (Muttaqin, 2016)

* + 1. Penatalaksanaan

Muttaqin (2016), Tatalaksana tuberkulosis paru menjadi tiga bagian, yaitu pencegahan, pengobatan, dan penemuan penderita *(active case finding).*

*Pencegahan Tuberkulosis paru :*

1. Pemeriksaan kontak, yaitu pemeriksaan terhadap individu yang bergaul erat dengan penderita tuberkulosis paru BTA positif. Pemeriksaan meliputi tes tuberkulin, klinis, dan radiologis, bila tes tuberkulin positif, maka pemeriksaan radiologis foto thoraks diulang pada 6 dan 12 bulan mendatang. Bila masih negatif, di berikan BCG *(Bacille Celmette Guerin)* vaksinasi. Bila positif, berarti konversi hasil tes tuberkulin dan di berikan kemoprofilaksis.
2. Mass *chest X-ray,* yaitu pemeriksaan massal terhadap kelompok – kelompok populasi tertentu misalnya :
3. Karyawan rumah sakit / Puskesmas / balai pengobatan.
4. Penghuni rumah tahanan.
5. Siswa-siswi pesantren.
6. Vaksinasi BCG *(Bacille Celmette Guerin)*
7. Kemoprofilaksis dengan menggunakan INH 5 mg/kgBB selama 6-12 bulan dengan tujuan menghancurkan atau mengurangi populasi bakteri yang masih sedikit. Indikasi kemoprolaksis primer atau utama ialah bayi yang menyusu pada ibu dengan BTA positif, sedangkan kemoprolaksis sekunder di perlukan bagi kelompok berikut :
8. Bayi di bawah lima tahun dengan hasil tes tuberkulin positif karena resiko timbulnya TB milier dan menigitis TB.
9. Anak dan remaja di bawah 20 tahun dengan hasil tes tuberkulin positif yang bergaul erat dengan penderita TB yang menular.
10. Individu yang menunjukkan konversi hasil tes tuberkulin dari negatif menjadi positif.
11. Penderita yang menerima pengobatan steroid atau obat imunosupresif jangka panjang.
12. Penderita diabetes melitus.
13. Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) tentang penyakit tuberkulosis kepada masyarakat tingkat Puskemas maupun di tingkat rumah sakit oleh petugas pemerintah maupun petugas LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat ) (misalnya Perkumpulan Pemberantasan Tuberkulosis Paru Indonesia – PPTI).
14. Latihan batuk efektif

Latian batuk efektif yang di lakukan yaitu dengan cara tarik nafas dalam 4-5 kali kemudian pada tarikan nafas dalam terakhir tahan nafas 1-2 detik kemudian angkat bahu dan dada serta batukkan dengan kuat dan spontan, keluarkan dahak dengan bunyi “ha..ha..ha” atau “huf..huf..huf”, lakukan berulang kali sesuai kebutuhan. Bila klien mampu di ulang setiap 1 sampai 2 jam.

*Pengobatan Tuberkulosis Paru*

Muttaqin, (2016), Tatalaksana tuberculosis paru dibagi menjadi 3 bagian, yaitu pencegahan, pengobatan dan penemuan penderita (*akti case finding*).Tuberkulosis dengan masalah bersihan jalan nafas tidakefektif dengan mengatur posisi *fowler/ semifowler* tinggi dan bantu berlatih napas dalam dan batuk efektif posisi *fowler*  memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya napas, ventilasi maksimal membuka area atelektasis dan meningkatkan gerakan secret ke jalan napasbesar untuk dikeluarkan. Pengobatan TB paru dapat diukur dengan yang mengindikasikan presentase pasien baru TB paru. BTA (+) yang menyelesaikan pengobatan,baik yang sembuh maupun menjalani pengobatan lengkap diantara pasien baru TB paru BTA (+) yang tercatat. Keberhasilan dalam program Tb paru dipengaruhi oleh beberapa factor,dimulai dari tingkat pendidikan pengetahuan penderita akan penyakit Tb paru,keadaan social ekonomi,keadaan penyakit penderita,dan juga dukungan keluarga (Nurmadya,2014)

Pemeriksaan Penunjang

* 1. Sputum cultur : untuk memastikan apakah ada keberadaan *Mycobacterium Tuberculosis* pada stadium aktif
  2. Ziehl neelsen : (*acid-fast Staind applied to smear of body fluid)* positif batuk BTA
  3. Skin test (PPD, Mantoux,tine,and vollmer patch) : Reaksi positif (area indurasi 10 mm atau lebih, timbul 48-72 jam setelah injeksi antigen intradermal) mengindikasi infeksi lama dan adanya antibodi, tetapi tidak mengindikasikan penyakit sedang aktif.
  4. *Chest X-ray* dapat memperlihatkan infiltrasi kecil pada lesi awal di bagian atas paru-paru, deposit kalsium pada lesi primer yang membaik atau cairan pleura. Perubahan yang mengidentifikasi TB yang lebih berat dapat mencangkup area berlubang dan fibrosa
  5. Histologi atau kultur jaringan (termasuk kumbah lambung urine dan CSF, serta biopsi kulit) : positif untuk *Microbacterium Tuberculosis.*
  6. *Needle biopsi of lung tissue :*Positif untuk granuloma Tuberkulosis, adanya sel-sel besar yang mengindikasikan nekrosis.
  7. Elektrolit : mungkin abnormal tergantung dari lokasi dan beratnya infeksi : misalnya hiponatremia mengakibatkan retensi air, dapat di temukan pada Tuberkulosis paru-paru kronis lanjut.
  8. ABGs : mungkin abnormal, tergantung lokasi, berat, dan sisa kerusakan paru-paru
  9. Bronkografi : merupakan pemeriksaan khusu untuk mrlihat kerusakan paru-paru karena Tuberkulosis.
  10. Darah : leukosit, LED meningkat.
  11. Test fungsi paru-paru :*dead space* meningkat, TLC meningkat, dan menurunnya satirasi oksigen, yang merupakan gejala sekunder dari fibrosis/infiltrasi parenkim paru-paru dan penyakit pleura. (Somantri, 2009)
  12. **Konsep Teori Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif**
      1. Definisi

Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten (SDKI, 2016)

* + 1. Penyebab

*Fisiologis*

1. Spasme jalan nafas
2. Hiperskresi jalan nafas
3. Disfungsi neuromuskular
4. Adanya jalan nafas buatan
5. Benda asing dalam jalan nafas
6. Adanya jalan nafas buatan
7. Proses infeksi
8. Respon alergi
9. Hiperplasia dinding jalan nafas

*Situsional :*

* + - 1. Merokok aktif
      2. Merokok pasif
      3. Terpajan polutan
    1. Gejala dan Tanda Mayor

*Subjektif*

1. Tidak tersedia

*Objektif*

1. Batuk tidak efektif
2. Tidak mampu batuk
3. Sputum berlebih
4. Mengi, *wheezing* dan/ ronkhi kering
   * 1. Gejala dan Tanda Minor

*Subjektif*

1. Dispnea
2. Sulit bicara
3. Orthopnea

*Objektif*

1. Gelisah
2. Sianosis
3. Bunyi napas menurun
4. Frekuensi nafas berubah
5. Pola napas berubah
   * 1. Kondisi Klinis Terkait
6. *Gillian Barre Syndrome* (GBS)
7. Depresi sistem saraf pusat
8. Stroke
9. Cedera kepala
10. Infeksi saluran nafas
    1. **Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Teoritis Bersihan jalan Nafas Tidak Efektif** 
       1. Pengkajian

Muttaqin (2016), data-data yang di perlukan sewaktu pengkajian pada Asuhan Keperawatan dengan Tuberkulosis Paru :

1. Anamnesa
2. Keluhan Utama

Suatu penyakit yang memiliki banyak kemiripan dengan penyakit pada umunya, memebrikan gejala umum seperti lemah dan demam.Pada kebanyakan klien dengan gejala timbul tidak jelas sehingga banyak di abaikan bahkan kadang-kadang asimptomatik.

Keluhan yang sudah di rasa klien membutuhkan bantuan tim kesehatan adalah keluhan sebagai berikut :

1. Keluhan Respiratoris
2. Batuk, suatu keluhan yang sering timbul di awal dan merupakan gangguan yang paling banyak di keluhkan. Perawat harus menanyakan apakah keluhan batuk tersebut merupakan batuk nonproduktif/produktif atapun sputum bercampur darah.
3. Batuk darah, keluhan tersebut banyak di takuti oleh penderita Tuberkulosisi di karenakan adanya darah yang keluar dari saluran nafas sehingga membuat klien membutuhkan bantuan dari Tim Kesehatan. Perawat harus menanyakan pada klien seberapa banyak batuk darah tersebut keluar, dan batuk darah yang keluar tersebut hanya berupa *blood streak,* berupa garis atau hanya bercak darah saja.
4. Sesak nafas, keluhan ini akan di temukan atau dikeluhkan oleh pasien jika di temukannya kerusakan pada parenkim paru sudah luas atau karena hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothoraks, anemia dan lain-lain.
5. Nyeri dada, nyeri ini jarang di alami oleh klien, gejala ini akan timbul apabila sistem pernafasan di pleura terkena TB.
6. Keluhan sistematis, meliputi :
7. Demam : Keluhan yang paling banyak di temui dan biasanya timbul pada sore atau malam hari mirip dengan influenza, hilang dan timbul, semakin lama akan semakin panjang serangannya.dan masa bebas serangan semakin pendek.
8. Keluhan sistematis lain yang bisa muncul adalah keringat malam, anoreksia, menurunnya berat badan, dan malaise. Timbulnya keluhan tersebut bersifat gradual muncul dalam beberapa minggu-bulan. Akan tetapi penampilan akut dengan batuk, panas, dan sesak napas (walau jarang) dapat juga timbul menyerupai gejala pneumonia.
9. Riwayat Penyakit Saat ini

Pengkajian ini dilakukan untuk mendukung keluhan utama.Apabila keluhan utama klien adalah batuk, maka perawat harus menanyakan pada klien sudah berapa lama klien mengalami keluhan batuk tersebut.

Tanyakan pada klien selama keluhan batuk muncul, apakah di sertai keluhan lain seperti demam, keringat malam, atau mengigil yang gejalanya mirip dengan demam influenza karena demam dan batuk adalah gejala awal dari Tuberkulosis paru. Tanyakan juga apakah batuk di sertai sputum yang kental atau tidak, serta apakah klien mampu melakukan batuk efektif untuk usaha mengeluarkan sekret yang menempel pada jalan nafas.

Apabila keluhan utama klien adalah batuk darah, maka perlu di tanyakan pada klien seberapa banyak darah yang keluar.Pada saat melakukan anamnesa, perawat perlu meyakinkan pada klien tentang perbedaan dari batuk darah dan muntah darah.Oleh karena itu perawat harus melakukan pengkajian keluhan batuk darah yanng komprehensif sangat mendukung tindakan perawat yang selanjutnya.Tujuan dari hal ini merupakan menurunkan tingkat kecemasan dan mengadaptasikan klien dengan kondisi yang sedang di alaminya.

Jika keluhan utama yang menjadi alasan klien meminta pertolongan kesehatan adalah sesak nafas, maka perawat perlu mengarahkan atau mennegaskan pertanyakan untuk membedakan antara sesak nafas yang di sebabkan oleh gangguanpada sistem pernafasan dan sistem kardiovaskuler.

1. Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian yang mendukung adalah mengkaji sebelumya apakah klien pernah mengalami Tuberkulosis paru, keluhan batuk yang lama pada masa kecilnya, tuberkulosis dari orang lain, pembesaran getah bening, dan penyakit lain yang memperberat Tuberkulosis paru seperti Diabetes Melitus. Tanyakana juga mengenai obat-obatan yang di konsumsi oleh klien pada masa yang lalu yang masih relevan.

Kaji lebih jauh lagi mengenai seberapa jauh penurunan berat badan (BB) dalam 6 bulan terakhir, penurunan BB pada klien dengan Tuberkulosis paru sangat berhubungan erat dengan proses penyembuhan penyakit serta adanya anoreksia dan mual yang sering terjadi di sebabkan meminum obat OAT (Obat Anti Tuberkulosis).

1. Riwayat penyakit keluarga

Penyakit Tuberkulosis paru ini tidaklah penyakit yang di turunkan, tetapi perawat perlu menanyakan apakah penyakit ini pernah di alami oleh anggota keluarga lainnya sebagai faktor penularan di dalam rumah.

1. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik pada klien dengan Tuberkulosis paru meliputi pemeriksaan fisik umum persistem dari observasi keadaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital, dan pemriksaan head to toe.

Keadaan umum Tanda-Tanda Vital

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital yang di dapat pada klien tuberkulosis paru ini adalah mengalaminya peningkatan suhu tubuh secara signifikan, frekuensi nafas yang meningkat apabila di seratai sesak nafas, denyut nadi yang meningkat seirama dengan peningkatan suhu tubuh dan frekuensi pernafasan, tekanan darah biasanya sesuai dengan penyakit penyulit seperti hipertensi.

* 1. Pemeriksaan head to toe
     + - 1. Kepala

Kulit kepala

Tujuan : Untuk mengetahui turgor kulit serta tekstur kulit kepala dan untuk mengetahui adanya lesi atau bekas luka.

Inspeksi : Lihat ada atau tidaknya lesi, warna coklat kehitaman, edema, dan distribusi rambut kulit.

Palpasi : Raba dan tentukan turgor kulit elastic atau tidak, tekstur halus, kasar, akral hangat/dingin.

* + - * 1. Rambut

Tujuan : Untuk mengetahui tekstur, warna, dan percabangan rambut serta untuk mengetahui rontok dan kotor nya.

Inspeksi : Pertumbuhan rambut merata atau tidak, kotor atau tidak serta bercabang atau tidak.

Palpasi : Mudah rontok atau tidak, tekstur rambut kasar atau halus.

* + - * 1. Kuku

Tujuan : Untuk mengetahui warna, keadaan kuku panjang atau tidak, serta mengetahui kapiler refill.

Inspeksi : Catat mengenai warna biru : sianosis, merah peningkatan vesibilitas Hb, bentuk : clubbing karena hypoxia pada kangker paru.

Palpasi : Catat adanya nyeri tekan, dan hitung berapa detik kapiler refill (pada pasien hypoxia lambat 5-15 detik).

* + - * 1. Kepala/wajah

Tujuan : Untuk mengetahui bentuk dan fungsi kepala serta mengetahui luka atau kelainan pada kepala.

Inspeksi : Lihat kesimetrisan wajah apa bila muka kanan dan kiri tidak sama, misal lebih condong ke kanan atau kiri, hal itu menunjukkan ada nya parase/kelumpuhan.

Palpasi : Rasakan apabila adanya luka, tonjolan patologik, dan respon nyeri dengan menekan kepala sesuai kebutuhan.

* + - * 1. Mata

Tujuan : Untuk mengetahui bentuk serta fungsi mata (medan penglihatan dan visus dan otot-otot mata), serta mengetahui adanya kelainan pandangan pada mata atau tidak.

Inspeksi : Lihat kelopak mata ada lubang atau tidak, reflek berkedip baik/tidak, konjungtiva dan sclera : merah atau konjungtivitis, ikterik/indikasi hiperbilirubin, miosis atau medriasis.

Palpasi : Tekan dengan ringan untuk mengetahui adanya TIO (Tekanan Intra Okuler) jika ada peningkatan akan teraba keras (pasien dengan glucoma/kerusakan dikus optikus) adanya nyeri tekan atau tidak.

* + - * 1. Hidung

Tujuan : Untuk mengetahui bentuk serat fungsi dari hidung dan mengetahui ada atau tidaknya implamasi atau sinusitis.

Inspeksi : Simetris atau tidaknya hidung, ada atau tidaknya imflamasi, serta ada atau tidaknya secret.

Palpasi : Adanya nyeri tekan atau tidak.

* + - * 1. Telinga

Tujuan : Untuk mengetahui keadaan telinga, kedalaman telinga luar, salluran telinga, gendag telinga.

Inspeksi : Daun telinga simetris atau tidak, ukuran, warna, bentuk, kebersihan, lesi.

Palpasi : Tekan daun telinga adakah respon nyeri atau tidak serta rasakan kelenturan kartilago.

* + - * 1. Mulut dan faring

Tujuan : Untuk mengetahui kelainan dan bentuk pada mulut, dan mengetahui kebersihan mulut.

Inspeksi : Lihat pada bagian bibir apakah ada kelainan congenital (bibir sumbing) kesimetrisan, warna, pembengkakan, lesi, kelembapan, amati juga jumlah dan bentuk gigi, berlubang, warna plak dan kebersihan gigi.

Palpasi : Pegang dan tekan pelan daerah pipi kemudian rasakan ada masa atau tumor, oedem atau nyeri.

* + - * 1. Leher

Tujuan : Untuk menentukan struktur integritas leher, bentuk serta organ yang berkaitan, untuk memeriksa sistem limfatik.

Inspeksi : Amati bentuk, warna kulit, jaringan perut, amati adanya perkembangan kelenjar tiroid, dan amati kesimetrisan leher dari depan, belakang dan samping.

Palpasi : Pegang leher klien, anjurkan klien untuk menenlan dan rasakan adanya kelenjar tiroid.

* + - * 1. Dada

Tujuan : Untuk mnegetahui kesimetrisan, irama nafas, frekuensi, ada atau tidaknya nyeri tekan, dan untuk mendengarkan bunyi paru.

Inspeksi : Amati bentuk dada dan pergerakan dada kanan dan kiri, amati adanya retraksi intercosta, amati pergerakan paru.

Palpasi : Ada atau tidaknya nyeri tekan

Perkusi : Menentukan batas normal suara ketukan normal paru. Bunyi resonan atau sonor pada seluruh lapang paru,jika di sertai efusi pleura akan di dapati suara redup hingga pekak, jika di sertai pneumothoraks akan di sertai bunyi hiperesonan.

Auskultasi : Untuk mengetahui ada atau tidaknya suara tambahan nafas, vesikular, wheezing/clecles, atau ronkhi.

* + - * 1. Abdomen

Tujuan : Untuk mengetahui gerakan dan bentuk perut, mendengarkan bunyi peristaltic usus, dan mengetahui ada atau tidaknya nyeri tekan pada organ dalam abdomen.

Inspeksi : Amati bentuk perut secara umum, warna, ada tidaknya retraksi, benjolan, ada tidaknya simetrisan, serta ada atau tidaknya asietas.

Palpasi : Ada atau tidaknya massa dan respon nyeri.

Auskultasi: Mendengarkan bising usus normal 10-12x/menit.

* + - * 1. Muskuloskeletal

Tujuan : Untuk mengetahui mobilitas kekuatan dari oto dan gangguan-gangguan di daerah tertentu.

Inspeksi : Mengenali ukuran adanya atrofil dan hipertrofil, amati kekuatan otot dengan member penahanan pada anggota gerak atas dan bawah.

* + 1. Daftar Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektifberhubungan dengan penumpukan sekret, batuk yang tidak efektif
2. Kerusakan pertukaran gas yang berhubungan dengan kerusakan membran alveolar-kapiler.
3. Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan keletihan, anoreksia
4. Gangguan pemenuhan kebutuhan tidur yang berhubungan dengan adanya batuk, sesak nafas, dan nyeri dada.
5. Ketidakefektifan pola nafas yang berhubungan dengan menurunya ekspansi paru sekunder terhadap penumpukan cairan dalam rongga pleura.
   * 1. Diagnosa Keperawatan Utama

Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret, batuk yang tidak efektif.

* + 1. Intervensi Keperawatan Menurut

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan menurut (Nurarif&Kusuma, 2015).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Diagnosa** | **Kriteria/evaluasi NOC** | **NIC** |
| Bersihan jalan nafas tidak efektif  **Definisi:** Ketidakmampuan  untuk membersihkan  sekresi atau obstruksi  dari saluran napas untuk  mempertahankan  kebersihan jalan napas.  **Batasan Karateristik:**   * + - 1. Tidak ada batuk       2. Suara napas tambahan       3. Perubahan frekwensi napas       4. Sianosis       5. Kesulitan bicara atau   mengeluarkan suara.   * + - 1. Penurunan bunyi napas       2. Dispnea       3. Mata melebar       4. Sputum berlebih       5. Batuk tidak efektif       6. Orthopnea       7. Gelisah   **Faktor – faktor yang**  **Berhubungan :**   1. Lingkungan 2. Perokok pasif 3. Menghisap asap 4. Obstruksi jalan   Napas   1. Spasme jalan napas 2. Mukus berlebih 3. Eksudat dalam   jalan napas   1. Materi asing   dalam jalan nafas   1. Adanya jalan napas   Buatan   1. Sekresi bertahan Atau sisa sekresi 2. Sekresi dalam   Bronki   1. Fisiologis : 2. Jalan napas alergik 3. Asma 4. Penyakit paru   Obstriktif kronik   1. Hiperplasi dinding   Bronkial   1. Infeksi 2. Disfungsi neuromuskular | NOC:   1. Respiratory status : Ventilation 2. Respiratory status : Airway patency   Indikator :   1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan napas yang bersih, tidak ada sianosi dan dispnea (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah, tidak ada *pused lips*) 2. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan napas. | NIC  *Airway Management:*   1. Auskultasi bunyi nafas tambahan, ronchi,wheezing 2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 3. Ajarkan batuk efektif 4. Kolaborasi pemberian oksigen 5. Kolaborasi pemberian broncodilator sesuai indikasi   6. keluarkan secret dengan batuk atau suction |

*Sumber : NANDA NOC-NIC* (Nurarif & Kusuma, 2015)

* + 1. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah suatu pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai suatu tujuan yang spesifik.Tahap implementasi ini di mulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang di harapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi maslah kesehatan klien (Nursalam, 2016)

Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah di tetapkan mencangkup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memberikan fasilitas kopping.Perencanaan Asuhan Keperawatan dapat di laksanakan dengan baik, jika klien memiliki keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasiAsuhan Keperawatan.Selama tahap implementasi, perawat harus terus melakukan pengumpulan data klien dan memilih Asuhan Keperawatan yang paling tepat dan sesuai dengan kebutuhan klien.Semua intervensi keperawatan didokumentasikan. Dan semua intervensi keperawatan didokumentasikan dalam format yang telah di tentukan instansi (Nursalam, 2016)

* + 1. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tindakan yang intelektual untuk melengkapi proses keperawatan untuk menandakan keberhasilan dari diagnosa keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor “kealpaan” yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa, perencanaan dan implementasi intervensi.

Meskipun tahap implementasi merupakan tahap terakhir pada proses keperawatan, tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengempulan data perlu di revisi untuk menentukan data yang telah di kumpulkan dan kesesuaian perilaku yang di observasi.Diagnosa juga perlu di evaluasi dalam hal keakuratan dan kelengkapannya. Evaluasi juga di perlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat di capai secara keseluruhan (Nursalam,2016)

**BAB 3**

**METODE PENELITIAN**

* 1. **Desain Penelitian**

Desain penelitian yang di gunakan adalah studi kasus, yaitu studi yang mengeksplorasi suatu masalah keperawatan dengan batasan terperinci, memiliki pengambilan data yang mendalam dan menyertakan berbagai sumber informasi. Penelitian studi kasus di batasi oleh waktu dan tempat, serta kasus yang di pelajari berupa peristiwa, aktivits atau individu.

Studi kasus ini adalah untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan pada Klien Tuberkulosis Paru yang mengalami Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

* 1. **Batasan Istilah**

Batasan istilah (atau dalam versi kuantitatif di sebut definisi operasional) adalah pertanyaan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus studi kasus. Batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Asuhan Keperawatan adalah serangkaian tindakan sistematik berkesinambungan, yang meliputi tindakan untuk mengindentifikasi masalah kesehatan individu atau kelompok, baik yang aktual maupun potensial kemudian merencanakan tindakan untuk menyelesaikan, mengurangi, atau mencegah, terjadinya masalah baru dan melaksanakan tindakan atau menugaskan orang lain untuk melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi keberhasilan dari tindakan yang dikerjakan (Rohmah&Walid, 2012)
2. Sylvia A.Price dalam Nurarif & Kusuma (2015), Tuberkulosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang paru-paru dan hampir seluruh organ tubuh lainnya
3. Masalah bersihan jalan nafas tidak efektif adalah ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan bersihan jalan nafas (Nurarif&Kusuma, 2015)
4. RSUD Bangil Pasuruan adalah Rumah Sakit Negri Tipe A di Kota Pasuruan yang di jadikan lokasi penelitian.
5. Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.
   1. **Partisipan**

Subyek yang di gunakan dalam penelitian ini adalah 2 klien yang didiagnosa medik memngalami Tuberkulosis Paru dengan masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif di RSUD Bangil. Adapun kriteria partisipan adalah sebagai berikut :

1. 2 klien dengan yang mengalami Tuberkulosis Paru
2. 2 klien dengan lama mengidap Tuberkulosis Paru tidak jauh beda
3. 2 klien yang mengalami masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidakefektif.
4. 2 klien yang berusia 40 tahun ke atas atau tidak jauh beda.
5. 2 klien yang baru dirawat diruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
6. 2 klien dan keluarga yang bersedia untuk dilakukan penelitian studi kasus.
   1. **Lokasi dan Waktu Penelitian**

Studi Kasus Individu (di RSUD Bangil) Jalan Raya Raci Bangil Pasuruan Jawa Timur. Penelitian di lakukan pada bulan April 2019.

* 1. **Pengumpulan Data**

Pengumulan data merupakan tahapan dalam proses penelitian dengan cara pendekatan terhadap subyek dan proses pengumpulan karateristik subyek yang di perlukan dalam suatu penelitian (Nurusalam, 2011).

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus adalah :

1. Wawancara (hasil anamnesa berisi tentang indentasi klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang – dahulu – keluarga, 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 diagnostic dan data lain yang relevan).
   1. **Uji Keabsahan Data**

Uji keabsahan data yang dimaksudkan untuk menguji kualitas data/informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validasi tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama), uji keabsahan data dilakukan dengan :

1. Memperpanjang waktu pengamatan/tindakan; dan
2. Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu pasien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang di teliti.
   1. **Analisa Data**

Analisa data di lakukan sejak peneliti berada di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opinni pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarsirkan jawaban-jawaban dari peneliti yang di peroleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti 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.

1. Meredukasi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk traskrip dan di kelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

1. Penyajian data

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

1. 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.

* 1. **Etik Penelitian**

Beberapa prinsip etik yang perlu diperhatikan dalam penelitian anatara lain :

1. *Informed Consent* (persetujuan menjadi responden), dimana subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada *informed consent* juga perlu dicantumkan bahwa data yang di peroleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.
2. *Anonimity* (tanpa nama), dimana subyek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang di berikan harus di rahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonimity*)
3. Rahasia (*confidentiality*), kerahasiaan dari responden di jamin dengan jalan 9 mengaburkan identitas dari responden (Nursalam, 2014).

**BAB 4**

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

* 1. **Hasil**
     1. Gambaran Lokasi Penelitian Lokasi yang di gunakan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah studi kasus serta pengambilan data adalah Ruang Melati 16, dengan ruangan berkapasitas 8 orang. Lokasi ini beralamat di Jl.Raci-Bangil Pasuruan, Jawa Timur.
     2. Pengkajian

1. Identitas dan Hasil Anamnesis

Tabel 4.2 Pengkajian

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Identitas pasien | Kasus 1 | Kasus 2 |
| Nama  Tanggal lahir  Umur  Agama  Pendidikan  Pekerjaan  Status  Alamat  Tanggal MRS  Tanggal Pengkajian  Jam MRS  No.RM  Dx Medis | Tn. M  2 Februari 1967  55 Tahun  Islam  SMA  Wiraswasta (dagang)  Menikah  Kalirejo Gondangwetan  25- 04 - 2019  26- 04 – 2019  10.45 WIB  003521XXX  Susp TB Paru dengan infeksi sekunder | Tn. R  1 Februari 1965  53 Tahun  Islam  SD  Wiraswasta (petani)  Menikah  Branang Lekok  25 - 04-2019  26- 04–2019  12.00 WIB  003212XXX  Susp TB Paru |
| Keluhan Utama | Klien mengatakan batuk Batuk | Klien mengatakan Batuk |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Riwayat Penyakit sekarang | Pasien datang dengan keluhan Sesak nafas, Batuk sejak 3 hari yang lalu mengeluarkan dahak berwarna hijau, mengeluh dada terasa sakit pada saaat batuk, pusing, demam, mual muntah, nafsu makan berkurang, kemudian keluarga membawa ke IGD RSUD Bangil Pasuruan pada tanggal 25April 2019 jam 10.45 WIB untuk mendapatkan pengobatan dan sekarang klien dirawat inapkan di ruang Melati  16 | Pasien datang dengan keluhan Batuk kurang lebih 3 minggu mengeluh dada terasa sakit pada saaat batuk memiliki riwayat batuk darah, saat batuk mengeluarkan dahak kental berwarna hijau, BB menurun , nafsu makan menurun, demam. Kemudian oleh keluarga dibawa ke IGD RSUD Bangil Pasuruan pada tanggal 25April 2019 jam 12.00 WIB untuk mendapatkan pengobatan dan sekarang klien dirawat inapkan diruang Melati16 |
| Riwayat Penyakit Dahulu | Klien mengatakan pernah mederita penyakit TBC sebelumnya lalu di bawa ke PKM dan di beri obat yang sekarang di minum. Klien mengatakan memiliki riwayat minum OAT sejak bulan Desember (3,5 Bulan) | Klien mengatakan tidak pernah menderita penyakit TBC sebelumnya |
| Riwayat Penyakit Keluarga | Keluarga klien mengatakan bahwa di keluarganya tidak memiliki riwayat TBC, tetapi keluarga klien memiliki riwayat penyakit diabetes militus dan hipertensi | Keluarga klien mengatakan memiliki riawayat penyakit TBC, dan hipertensi serta memiliki riwayat minum OAT. |

* + 1. Pola Kebiasaan

Tabel 4.3 Pola Kebiasaan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kebiasaan | Kasus 1 | Kasus 2 |
| Pola tidur / istirahat  Sebelum Masuk Rumah Sakit  MasukRumahSakit | Klien tidur pada malam hari kurang lebih 8 jam  Klien tidur pada siang hari kurang lebih 3 jam | Klien tidur pada malam hari kurang lebih 7 jam  Klien tidur pada siang hari kurang lebih 4 jam |
| Klien tidur pada malam hari kurang dari 8 jam (5-6 jam)  Klien tidur pada siang hari kurang dari 3 jam (1-2jam)  Terkadang klien tidak bisa tidur karena adanya kebisingan dari keluarga lain pasien. | Klien tidur pada malam hari kurang dari 8 jam (4-5 jam)  Klien tidur pada siang hari kurang dari 3 jam (1-2jam)  Terkadang klien tidak bisa tidur karena adanya kebisingan dari keluarga lain pasien. |
| Pola Eliminasi  BAB  Sebelum Masuk Rumah Sakit  MasukRumahSakit  BAK  SebelumMasukRumahSakit  Masuk Rumah Sakit | Frekuensi 1-2x sehari, warna kuning, konsisten lunak , bau khas feses. | Frekuensi 1x sehari, warna kuning, konsisten lunak , bau khas feses. |
| Pada saat pengkajian pasien mengatakan bahwa belum BAB sama sekali sejak MRS | Pada saat pengkajian pasien mengatakan bahwa belum BAB sama sekali sejak MRS |
| Frekuensi 3-5x sehari, warna kuning jernih, tidak ada darah, bau khas urine | Frekuensi 2-5x sehari, warna kuning jernih, tidak ada darah, bau khas urine |
| Pada saat pengkajian pasien mengatakan bahwa BAK 3-4x sehari | Pada saat pengkajian pasien mengatakan bahwa BAK 3-4x sehari |
| Pola Makan dan Minum  Sebelum Masuk Rumah Sakit  MasukRumahSakit | Makan : 3x sehari, dengan lauk seadanya, nasi, 1 porsi habis  Minum : 6-7 gelas sehari, air putih, kalau pagi segelas kopi. | Makan : 3x sehari, dengan lauk seadanya , nasi, 1 porsi habis  Minum : 5-6 gelas sehari, air putih. |
|  |
| Makan : 3x sehari, Lauk dari gizi, 1 porsi tidak habis, nasi.  Minum : 3-4 gelas sehari air putih. | Makan : 3x sehari, Lauk dari gizi, 1 porsi tidak habis, nasi.  Minum : 3-4 gelas sehari air putih. |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |
| *Personal Hygiene*  Sebelum Masuk Rumah Sakit | Mandi 2x sehari (pagi sore), ganti baju bersih, keramas, gosok gigi. | Mandi 2x sehari (pagi sore), ganti baju bersih, gosok gigi. |
|  |
| Masuk Rumah Sakit | Saat pengkajian pasien mengatakan hanya di seka dengan air bersih hangat, ganti baju, gosok gigi | Saat pengkajian pasien mengatakan hanya di seka dengan air bersih hangat, ganti baju, gosok gigi |
| Pola Kegiatan  Sebelum Masuk Rumah Sakit  MasukRumahSakit | Sehari hari pasien berdagang di pasar dari pagi sampai siang setengah sore | Sehari hari pasien pergi kesawah mengurusi sawah |
| Saat pengkajian pasien berbaring di tempat tidur | Saat pengkajian pasien berbaring di tempat tidur |

* + 1. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Pemeriksaan fisik

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Observasi | Kasus 1 | Kasus 2 |
| TTV  Suhu  Nadi  TekananDarah  Respiratory Rate  GlasgowComaScale  KeadaanUmum  KES  SPO2 | 36,5 ºC  84x/menit  110/70 mmHg  28x/menit  4-5-6  Lemah  Compos Mentis  94% | 36,7 ºC  86x/menit  130/90 mmHg  28x/menit  4-5-6  Lemah  Compos Mentis  95% |
| Head to Toe  Kepala  Mata  Hidung  Mulut  Telinga  Leher  Dada  Thorax  Paru – paru  Jantung  Abdomen  Genetalia  Integumen  Ekstermitas | Inspeksi: Bentuk kepala bulat, distribusi rambut merata, warna rambut hitam, kriting, bersih tidak ada ketombe,  Palpasi: tidak ada nyeri tekan dan lesi  Inspeksi: Mata simetris kanan dan kiri, pupil isokhor, tidak ada kelainan, terdapat gambaran halus pembuluh darah, sklera tidak icterus, konjungtiva anemis ,  Inspeksi: tidak ada nyeri tekan tidak ada lesi  Inspeksi: Lubang hidung simetris kanan dan kiri, bentuk hidung normal, septum nasi berada di tengah, terdapat pernafasan cuping hidung, terdapat secret dan kotoran hidung,  Palpasi: tidak adaa nyeri tekan tidak ada lesi  Inspeksi: Mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis, tidak ada papilla ,tidak ada caries, tidak ada kelainan, gigi bersih, tidak ada gigi berlubang,  Palpasi: tidak ada nyei tekan tidak ada lesi  Inspeksi: Auricula normal, simetris kanan dan kiri, membran timpani normal, tidak ada penumpukan serumen  Palpasi: tidak ada nyeri tekan dan tidak ada lesi  Inspeksi: Tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid dan tonsil,  Palpasi: teraba adanya vena jugularis, tidak ada nyeri tekan dan lesi  Inspeksi: Bentuk dada normal chest, terdapat retraksi dada, tidak ada lesi, terasa sakit pada saat batuk  Terdapat bunyi tambah nafas :  Ronchi    Wezhing  Inspeksi: Ictus cordis kuat angkat  Perkusi: Suara jantung pekak tidak ada murmur  Auskultasi: Tidak ada suara tambahan jantung, S1 S2 Tunggal (lup-dup)  Inspeki : Datar, umbilikus menonjol,  Palpasi : terdapat nyeri tekan, tidak ada lesi, tidak teraba adanya massa, tidak asites  Perkusi: tidak kembung  Auskultasi : pristaltik usus normal 10x/menit,  Tidak terkaji, tidak ada keluhan  Inspeksi: Warna kulit sawo matang, palpasi : CRT kurang dari 2 detik, Akral Shangat, berkeringat  Inspeksi : Pada punggung tangan sebelah kiri terdapat pemasangan selang infus PZ 21tpm, tidak ada oedema, tidak ada lesi  kekuatan otot:   |  |  | | --- | --- | | 5 | 5 | | 5 | 5 | | Inspeksi: Bentuk kepala bulat, distribusi rambut merata, warna rambut hitam, kriting, kotor, tidak ada ketombe,  Palpasi: tidak ada nyeri tekan dan lesi  Inspeksi: Mata simetris kanan dan kiri, pupil isokhor, tidak ada kelainan, terdapat gambaran halus pembuluh darah, sklera tidak icterus, konjungtiva anemis ,  Palpasi: tidak ada nyeri tekan tidak ada lesi  Inspeksi: Lubang hidung simetris kanan dan kiri, bentuk hidung normal, septum nasi berada di tengah, terdapat pernafasan cuping hidung, terdapat secret dan kotoran hidung, terdapat pemasangan O2 nasal 4 lpm  Palpasi: tidak ada nyeri tekan, tidak ada lesi  Inspeksi: Mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis, tidak ada papilla, tidak ada caries, tidak ada kelainan, terdapat lubang gigi sebelah kiri pada mandibula/ molar ,  Palpasi: tidak ada nyeri tekan dan tidak ada lesi  Inspeksi: Auricula normal, simetris kanan dan kiri, membran timpani normal, tidak ada serumen sebelah kiri tetapi ada penumpukan pada sebelah kanan,  Palpasi: tidak ada nyeri tekan dan tidak ada lesi  Inspeksi: Tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid dan tonsil,  Palpasi: teraba adanya vena jugularis, tidak ada nyeri tekan dan lesi  Inspeksi: Bentuk dada normal chest, terdapat retraksi dada, tidak ada lesi, terasa sakit pada saat batuk  Terdapat bunyi tambah nafas :  Ronchi    Wezhing  Inspeksi: Ictus Cordis kuat angkat  Perkusi: Suara jantung sebelah kiri pekak, tidak ada murmur  Auskultasi: Tidak ada suara tambahan jantung, S1 S2 Tunggal (lup-dup) ,  Inspeki : Datar, umbilikus menonjol,  Palpasi : terdapat nyeri tekan, tidak ada lesi, tidak teraba adanya massa, tidak asites  Perkusi: tidak kembung  Auskultasi : pristaltik usus normal 11x/menit,  Tidak terkaji, tidak ada keluhan  Inspeksi : Warna kulit sawo matang, palpasi : CRT kurang dari 2 detik, Akral hangat, berkeringat  Inspeksi : Pada punggung tangan tepatnya pada atas ibu jari sebelah kiri terdapat pemasangan selang infus PZ 21tpm, tidak ada oedema, tidak ada lesi.  Kekuatan otot:   |  |  | | --- | --- | | 5 | 5 | | 5 | 5 | |

* + 1. Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Diagnostik

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Jenis | pemeriksaan | Kasus 1  Tanggal 26April 2019 | Kasus 2  Tanggal27 April 2019 | Normal |
| LAB  X-RAY  SPUTUM BTA | Hematologi :  Neutrofil %  Limfosit%  Eosinofil %  Eritrosit (RBC)  Hemoglobin (HGB)  Hematokrit (HCT)  MCV  MCHC  RDW  PLT  KIMIA GINJAL  BUN  Kreatin  GDA | H 84,9%  L 6,7 %  1,2  5,160  14,44  40,62  L 78,71µm3  H 35,54g/dL  L 10,06%  H 416  10 mg/dL  0,961mg/dL  104 mg/dL  Foto Thorax  Hasil : Tampak TB paru  Pemeriksaan sutum BTA 3X positif Mycobacterium Tuberkulosis  Infus. PZ 14 tpm.  Injeksi. Antrain 3x1 gr.  Injeksi. Omz 1x40 mg.  Injeksi. Ceftriaxone 2x1gr.  PO. Codein 1x10 mg.  Nebul pulmicort 18jam  Infus PZ + adona 21 tpm  Infus moxifloxoein 1x400 amp  Injeksi topazole 2x40 gr  Injeksi meropenem 19 gr  Injeksi transamin 1 amp  OAT :  Isoniasid 1x150 gr  Rimfapisin 1x300 gr  Parasinamid 1x750 gr  Etambutol 1x500 gr  O2 kanul 3 lpm | H 81,1 %  L 7,2 %  L 0,5 %  L 3,983 106/µL  L 12,02 g/dL  L 32,10 %  L 80,58 µm3  H 37,44g/dL  L 10,09 %  331  14 mg/dL  L 0,569 mg/dL  120 mg/dL  Foto Thorax  Hasil : Tampak TB paru  Pemeriksaan sutum BTA 3X positif Mycobacterium Tuberkulosis  Infus NS 14 tpm  Injeksi omz 1x40 mg  Injeksi ceftriaxone 1x2 g  Injeksi antrain 3x1 amp  Nebul combivent 1 amp + pz 2 cc  Infus hydromal 14 tpm  Infus moxifloxoein 1x400 amp  Injeksi methylprednisolone 3x4 gr  Injeksi codein 3x5 gr  Injeksi topazole 1x40 gr  OAT :  Isoniasid 1x150 gr  Rimfapisin 1x300 gr  Parasinamid 1x750 gr  Etambutol 1x500 gr  O2 kanul 3 lpm | 39,3 – 73,7  18,0 – 48,3  0,600–7,30  4,6 – 6,2  13,5 – 18,0  40 – 54  81,1 – 96,6  31,8 – 35,4  11,5 – 14,5  155 – 366  7,8 – 20,23  0,8 – 1,3  <200 |

* + 1. ANALISIS MASALAH

Tabel 4.6 Analisis Masalah

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Analisis Data | Etiologi | Masalah |
| Kasus 1  Data subyektif:  Klien mengatakan batuk  Data obyektif:  TTV  S : 36,5 ºC  N : 84x/menit  TD : 110/70 mmHg  RR : 28x/menit  GCS : 4-5-6  KU : Lemah  Kes : Compos Mentis  SPO2 : 94%  -Suara nafas Ronchi  -Sputum BTA positif  -MycobacteriumTuberkulosis | Bersihan jalan nafas tidak efektif | Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret |
| Kasus 2  Data subyektif:  Klien mengatakan batuk  Data obyektif:  S : 36,7 ºC  N : 86x/menit  TD : 130/90 mmHg  RR : 28x/menit  GCS : 4-5-6  KU : Lemah  Kes : Compos Mentis  SPO2 : 95%  -Suara nafas Ronchi  -Sputum BTA positif  -Mycobacterium Tuberkulosis  -Terdapat pemasangan O2 nasal 4 lpm | Bersihan jalan nafas tiak efektif | Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret |

1. Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.7 Diagnosa keperawatan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | Diagnosa Keperawatan | Diagnosa Keperawatan |
| Kasus 1 | Kasus 2 |
| 1 | Ketidakefektifan bersihan jalan nafasberhubungan dengan penumpukan sekret | Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret |

1. Intervensi Keperawatan

Tabel 4.8 intervensi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diagnosa Keperawatan | NOC  (NURSING OUTCOME CLASSIFICATION) | NIC  (NURSING INCOME CLASSIFICATION) |
| Klien 1  Bersihan jalan nafas tidak efektif  Definisi :  Ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten  Tanda dan Gejala Mayor:  Subyektif  *(Tidak tersedia)*  Obyektif   1. Batuk tidak efektif 2. Tidak mampu batuk 3. Sputum berlebih 4. Mengi, *whezzing*, dan ronchi 5. Mekonium di jalan napas (pada neonatus)   Tanda dan Gejala Minor :  Subyektif   1. Dispnea 2. Sulit bicara 3. Ortopnea   Obyektif   1. Gelisah 2. Sianosis 3. Bunyi napas menurun 4. Frekuensi napas berubah 5. Pola napas berubah   Kasus 2  Bersihan jalan nafas tidak efektif  Definisi :  Ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten  Tanda dan Gejala Mayor:  Subyektif  *(Tidak tersedia)*  Obyektif   1. Batuk tidak efektif 2. Tidak mampu batuk 3. Sputum berlebih 4. Mengi, *whezzing*, dan ronchi 5. Mekonium di jalan napas (pada neonatus)   Tanda dan Gejala Minor :  Subyektif   1. Dispnea 2. Sulit bicara 3. Ortopnea   Obyektif   1. Gelisah 2. Sianosis 3. Bunyi napas menurun 4. Frekuensi napas berubah 5. Pola napas berubah | Status pernafasan : kepatenan jalan napas  Indikator   1. Frekuensi napas deviasi sedang dari kisaran normal / sedang, skala (3) 2. Irama napas deviasi sedang dari kisaran normal / sedang (3) 3. Kedalaman inspirasi deviasi ringan dari kisaran normal/ ringan (4) 4. Kemampuan untuk mengeluarkan secretdeviasi sedang dari kisaran normal/ sedang (3) 5. Ansietas deviasi ringan dari kisaran normal/ ringan (4) 6. Suara napas tambahan deviasi sedang dari kisaran normal/ sedang (3) 7. Pernapasan cuping hidung deviasi ringan dari kisaran normal/ ringan (4) 8. Penggunaan otot bantu napas deviasi sedang dari kisaran normal/ sedang (3) 9. Batuk deviasi yang cukup berat dari kisaran normal/ berat (2) 10. Akumulasi sputum deviasi yang cukup berat dari kisaran normal/ berat (2)   Skala:  1= deviasi berat dari kisaran normal/ berat  2=deviasi yang cukup berat dari kisaran normal/ cukup berat  3= deviasi sedang dari kisaran normal/ sedang  4= deviasi ringan dari kisaran normal/ ringan  5= tidak ada deviasi dari kisaran normal/ tidak ada  Status pernafasan : kepatenan jalan napas  Indikator   1. Frekuensi napas deviasi sedang dari kisaran normal/ sedang (3) 2. Irama napas deviasi sedang dari kisaran normal/ sedang (3) 3. Kedalaman inspirasi deviasi ringan dari kisaran normal/ ringan (4) 4. Kemampuan untuk mengeluarkan secret deviasi ringan dari kisaran normal/ ringan (4) 5. Ansietas deviasi sedang dari kisaran normal/ sedang (3) 6. Suara napas tambahan deviasi ringan dari kisaran normal/ ringan (4) 7. Pernapasan cuping hidung sedang dari kisaran normal/ sedang (3) 8. Penggunaan otot bantu napas deviasi ringan dari kisaran normal/ ringan (4) 9. Batuk deviasi ringan dari kisaran normal/ ringan (4) 10. Akumulasi sputum deviasi ringan dari kisaran normal/ ringan (4)   Skala:  1= deviasi berat dari kisaran normal/ berat  2=deviasi yang cukup berat dari kisaran normal/ cukup berat  3= deviasi sedang dari kisaran normal/ sedang  4= deviasi ringan dari kisaran normal/ ringan  5= tidak ada deviasi dari kisaran normal/ tidak ada | 1. Peningkatan (managemen) batuk 2. Minta pasien untuk menarik nafas dalam, bungkukkan ke depan, lakukan tiga atau empat kali hembusan (untuk membuka area glotis) 3. Dukung pasien menarik napas dalam beberapa kali 4. Dukung pasien untuk melakukan napas dalam, tahan selama 2 detik, bungkukkan ke depan, tahan 2 detik dan batukkan 2-3 kali 5. Minta pasien untuk menarik napas dalam beberapa kali, krluarkan perlahan dan batukkan di akhir ekhalasi (penghembusan) 6. Minta pasien untuk batuk dilanjutkan dengan beberapa periode nafas dalam 7. Monitor pernafasan 8. Monitor suara napas tambahan seperti ngorok,atau mengi 9. Monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan nafas 10. Auskultasi suara napas, catat area dimana terjai penurunan atau tidak adanya ventilasi dn keberadaan suara napas tambahan 11. Mnitor kemampuan batuk efektif pasien 12. Berikan bantuan terapi nafas jika diperlukan (nebulizer) 13. Monitor hasil foto thorak 14. Managemen jalan nafas 15. Motivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam berputar dan batuk 16. Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif 17. Auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak adanya suara tambahan 18. Kelola udara atau oksigen yang dilembabkan sebagaimana mestinya 19. Posisikan untuk meringankan sesak nafas 20. Regulasi asupan cairan sebaimana mestinya 21. Monitor status pernafasan dan oksigenasi   a. Peningkatan (managemen) batuk   1. Minta pasien untuk menarik nafas dalam, bungkukkan ke depan, lakukan tiga atau empat kali hembusan (untuk membuka area glotis) 2. Dukung pasien menarik napas dalam beberapa kali 3. Dukung pasien untuk melakukan napas dalam, tahan selama 2 detik, bungkukkan ke depan, tahan 2 detik dan batukkan 2-3 kali 4. Minta pasien untuk menarik napas dalam beberapa kali, krluarkan perlahan dan batukkan di akhir ekhalasi (penghembusan) 5. Minta pasien untuk batuk dilanjutkan dengan beberapa periode nafas dalam 6. Monitor pernafasan 7. Monitor suara napas tambahan seperti ngorok,atau mengi 8. Monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan nafas 9. Auskultasi suara napas, catat area dimana terjai penurunan atau tidak adanya ventilasi dn keberadaan suara napas tambahan 10. Mnitor kemampuan batuk efektif pasien 11. Berikan bantuan terapi nafas jika diperlukan (nebulizer) 12. Monitor hasil foto thorak 13. Managemen jalan nafas 14. Motivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam berputar dan batuk 15. Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif 16. Auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak adanya suara tambahan 17. Kelola udara atau oksigen yang dilembabkan sebagaimana mestinya 18. Posisikan untuk meringankan sesak nafas 19. Regulasi asupan cairan sebaimana mestinya 20. Monitor status pernafasan dan oksigenasi |

1. Implementasi Keperawatan

Tabel 4. 9 implementasi

Klien 1 Tn.M

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Diagnosa keperawatan | Pukul | Tindakan | Paraf |
| 1. | 26 April 2019  27 April 2019  28 April 2019 | Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret | 08.00  09.00  12.00  12.30  13.00  09.00  09.30  10.00  11.00  12.00  13.00  08.30  09.00 | Memberikan injeksi ceftriaxone 1 ampul melalui IV, injeksi antrain 1 ampul melalui IV, injeksi omeprazole 40mg,  Obat oral : isoniasid 300mg, rifampisin 450gr, etambutol 250gr  Infus PZ 14 tpm  Memberikan nebul Pulmicort 18 jm  Melakukan auskultasi adakah suara nafas tambahan atau tidak  Monitor TTV :  TD : 110/70 mmHg  N : 84X/Menit  S : 36,5 OC  RR : 28X/Menit  SPO2 : 94%  Kesadaran :  Composmentis  GCS : 4-5-6  Memposisikan klien dengan posisi *semi fowler.*  Mengajarkan klien tentang cara batuk efektif :  Anjurkan klien untuk rileks tarik nafas selama 10 detik setelah hitungan ke 10 detik klien di minta untuk menghembuskan nafas di sertai batuk . ulangi 1-2 kali.  Melakukan clapping dengan tujuan untuk melepaskan sekret yang bertahan atau melekat pada bronkus .  clapping dilakukan dengan cara membentuk kedua telapak tangan seperti mangkuk selama 1-2 menit pada tiap segmen paru  auskultasi adanya suara nafas tambahan atau tidak  memberkan injeksi codein 3x 10gr, injeksi topazole 2x40gr, injeksi metropenem 19gr, injeksi transamin 1 ampul, injeksi omeprazole 40mg melalui IV,  Obat oral :  OAT  Isonamid 1x150gr, fifamphisin 1x300gr, parasinamid 1x750gr, etambutol 1x500gr  Infus PZ 21 tpm  moxifloxoein 1x400mg  Monitor TTV :  TD : 110/80 mmHg  N : 82X/Menit  S : 36,5 OC  RR : 26X/Menit  SPO2 : 95%  Kesadaran :  Composmentis  GCS : 4-5-6  Monitor TTV :  TD : 120/70 mmHg  N : 80X/Menit  S : 36,5 OC  RR : 24X/Menit  SPO2 : 98%  Kesadaran :  Composmentis  GCS : 4-5-6  Memberikan injeksi paracetamol 2x1  Infus PZ+adona 21 tpm, infus moxifloxoein 1x400 mg  OAT dilanjutkan  Mengkaji kembali kemampuan klien untuk melakukan batuk efektif |  |

Klien 2 Tn.R

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Tanggal | Diagnosa keperawatan | Pukul | Tindakan | Paraf |
| 1 | 26 April 2019  27 April 2019  28 April 2019 | Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret | 08.00  08.30  09.00  09.30  12.00  12.30  13.00  08.00  08.30  08.45  09.00  10.00  11.00  12.00  08.00  08.30  09.00  09.30  10.00 | Memberikan injeksi omeprazole 1x40mg, injeksi ceftriaone 1x2gr,injeksi antrain 3x1 ampul, melalui IV  Infus NS 14 tpm  Memberikan nebulezer combivent 2,5 ml+PZ 2cc  Pemberian O2 naal kanul  Auskultasi adanya suara nafas tambahan atau tidak  Monitor TTV :  TD : 130/90 mmHg  N : 86X/Menit  S : 36,7 OC  RR : 28X/Menit  SPO2 : 95%  Kesadaran :  Composmentis  GCS : 4-5-6  Memposisikan klien *semi fowler*  Mengajarkan klien tentang cara batuk efektif :  Anjurkan klien untuk rileks tarik nafas selama 10 detik setelah hitungan ke 10 detik klien di minta untuk menghembuskan nafas di sertai batuk . ulangi 1-2 kali.  Memberikan injeksi : Codein 3x5gr, injeksi topzole 1x40gr melalui IV,  Infus : hydromal 14tpm, infus moxifloxoein 1x400mg,  OAT: isoniasid 1x150gr, rifamphisin 1x300gr, parasinamid 1x500gr  Memberikan posisikan semi fowler  Memberikan nebulizer combivent 1 ampul+pz 2cc  Mengajarkan klien tentang cara batuk efektif :  Anjurkan klien untuk rileks tarik nafas selama 10 detik setelah hitungan ke 10 detik klien di minta untuk menghembuskan nafas di sertai batuk . ulangi 1-2 kali  Memberikan O2 nasal kanul 2lpm  Auskultasi suara nafas tambahan ada atau tidak  Mengkaji ulang kemampuan batuk efektif  Monitor TTV :  TD : 120/80 mmHg  N : 88X/Menit  S : 36,5 OC  RR : 24X/Menit  SPO2 : 96%  Kesadaran :  Composmentis  Memberikan injeksi :codein 3x5gr, injeksi topzole 1x40mg melalui IV  Infus : hydromal 14 tpm, infus moxifloxoein 1x400mg  Memberikan posisi semi fowler  Memberikan nebul pulmicort  Mengajarkan klien tentang cara batuk efektif :  Anjurkan klien untuk rileks tarik nafas selama 10 detik setelah hitungan ke 10 detik klien di minta untuk menghembuskan nafas di sertai batuk . ulangi 1-2 kali  Mengauskultasi adanya suara nafas tambahan  Memberikan oksigen nasal kanul 3 lpm |  |

1. Evaluasi

Tabel 4.10 Evaluasi

Klien 1 Tn.M

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tanggal | Diagnosa keperawatan | Cacatan perkembangan | Paraf |
| 26 April 2019  27 April 2019  28 April 2019 | Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret | S : Klien mengatakan masih sesak dan batuk, batuk darah berkurang,  O : irama pernafasan: tidak teratur  Kesadaran: Composmentis  Akral hangat  Produksi dahak berlebihan  Klien sesak  Klien batuk  Tanda Tanda Vital:  Tekanan Darah: 110/70 mmHg  Nadi :84x/menit  Suhu :36,5 OC  Respiratory :28X/menit  SPO2 : 94%  Ada suara tambahan ronhi  Sputum BTA ada Mycobacterium Tuberkulosis  Terpasang O2 nasal kanul 3lpm  Ada dahak darah  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi  2,3,4,5,6,7,8  S : klien mengatakan sesaknya sudah mulai berkurang, batuknya berkurang  O :   1. Keadaan umum : lemah 2. Kesadaran composmentis 3. Akral hangat 4. Produksi dahak berlebihan 5. Klien sesak 6. Klien batuk 7. Tanda Tanda Vital   Tekanan Darah : 110/80 mmHg  Nadi : 84x/menit  Suhu : 36,7 OC  Respiratory : 28x/menit  SPO2 : 95%  Ada suara tambahan ronchi  Sputum BTA ada Mycobacterium Tuberkulosis   1. Terpasang O2 nasal kanul 3lpm 2. Batuk darah berkurang   A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi  2,3,4,5,6  S : Klien mengatakan sesaknya sudah tidak ada, batuknya mereda, batuk darah tidak ada,  O :   1. Irama pernafasan: Tidak teratur 2. Keadaan umum : lemah 3. Kesadaran composmentis 4. Akral hangat 5. Produksi dahak berlebihan 6. Klien sesak 7. Klien batuk 8. Tanda Tanda Vital   Tekanan Darah : 120/70 mmHg  Nadi : 80x/menit  Suhu : 36,6 OC  Respiratory : 22x/menit  SPO2 : 98%  Ada suara tambahan ronchi  Sputum BTA ada Mycobacterium Tuberkulosis   1. Batuk darah mereda   A : masalah teratasi  P : intervensi di hentikan pasien pulang berikan HE :   1. anjurkan minum obat rutin 2. hidup sehat 3. istirahat cukup 4. kontrol rutin |  |

Klien 2 Tn.R

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tanggal | Diagnosa keperawatan | Catatan perkembangan | Paraf |
| 26 April 2019  27 April 2019  28 April 2019 | Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret | S : pasien mengatakan masih sesak, masih batuk,  O :   1. Keadaan umum : lemah 2. Kesadaran composmentis 3. GCS 4-5-6 4. Klien sesak 5. Klien batuk 6. TTV   TD : 130/90 mmHg  N : 86x/menit  S : 36,7 OC  RR : 28x/menit  SPO2 : 95%  Ada suara tambahan ronchi  Sputum BTA ada Mycobacterium Tuberkulosis  Retraksi dada berkurang  A : Masalah belum teratasi  P : Intervensi di lanjutkan  2,3,4,5,6,7,8  S : Pasienya mengatakan sesaknya sudah mulai berkurang, batuk masih ada  O :   1. Keadaan umum : lemah 2. Kesadaran composmentis 3. GCS 4-5-6 4. Klien sesak 5. Klien batuk 6. Tanda Tanda Vital   TD : 120/80 mmHg  Nadi : 88x/menit  Suhu : 36,5 OC  Respiratory : 27x/menit  SPO2 : 96%  Ada suara tambahan ronchi  Sputum BTA ada Mycobacterium Tuberkulosis  Retraksi dada berkurang  A : Masalah teratasi sebagian  P : lanjutkan intervensi  2,3,4,5,6,,7  S : pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang , batuknya berkurang  O :   1. Keadaan umum : lemah 2. Kesadaran composmentis 3. GCS 4-5-6 4. Klien sesak 5. Klien batuk 6. Tanda Tanda Vital   TD : 120/70 mmHg  N : 84x/menit  S : 36,2 OC  RR : 28x/menit  SPO2 : 96%  Ada suara tambahan ronchi  Sputum BTA ada Mycobacterium Tuberkulosis  Retraksi dada tidak ada  A : Masalah teratasi sebagian  P : Intervensi di lanutkan oleh perawat ruangan penelitian di hentikan. |  |

* 1. **Pembahasan**

Pada bab ini berisi perbandingan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus yang disajikan untuk menjawab khusus. Setiap temuan perbedaan diuraikan dengan konsep. Pembahasan berisi tentang mengapa (why) dan bagimana (how). Urutan penulisan berdasarkan paragraf adalah F-T-O (Fakta - Teori – Opini , isi pembahasan sesuai dengan tujuan khusus.

* + 1. Pengkajian

Hasil dari pengkajian secara wawancara dan observasi diperoleh data subyektif Tn.M mengeluh sesak nafas, Batuk di peroleh data obyektif pernafasan 28x/menit, pasien terpasang oksigen 3 lpm. Batuk mengeluarkan dahak berwarna hijau, suara nafas ronchi. Sedangkan Tn.R keluhan utama yaitu batuk dan sesak nafas dan di peroleh data obyektif pernafasan pasien 28x/menit, pasien terpasang oksigen nasal kanul 4lpm batuk dengan dahak berwarna hijau.

Data yangdiketahui bahwa terdapat persamaan pada pola batuk antara Tn. M dan Tn.R, dimana pada Tn.M dan Tn.R batuk di sertai dahak yang sama sama berwarna hijau. Hal ini jika ditinjau dari gejala respiratorik salah satu gambaran klinis dari pasien TBC adalah masalah batuk. Batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkus sifat batuk dimulai dari batuk kering (non produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum). Ini terjadi lebih dari 3 minggu (Wahid,2015). Selain batuk sesak nafas, dimana sesak nafas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, pada kondisi ini infiltrasinya sudah setengah bagian dari paru-paru (Wahid,2015)

Hasil peneliti berdasarkan data yang ada diketahui bahwa terdapat persamaan pola batuk antara Tn.M dan Tn.R dimana pada Tn.M, dimana pada Tn.M dan Tn.R batuk di sertai dahak yang sama sama berwarna hijau. Sesak dan batuk produktif ini di alami oleh keduanya merupakan tanda dan gejala obyektif.

* + 1. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, memfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik pasien serta respon terhadap masalah aktual, resiko tinggi maupun potensial.

Sedangkan data tersebut dapat ditegakkan prioritas diagnosa keperawatan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret. Diangnosatersebut ditegakkan dengan alasan, karena pada saat pengkajian didapatkan data subyektif kasus 1 Tn. M mengatakan bahwa dirinya mengalami Sesak nafas, Batuk sejak 3 hari yang lalu mengeluarkan dahak berwarna hijau, nyeri dada saat menarik nafas dan kalau batuk kadang mengeluarkan darah. Data obyektif terdapat suara nafas tambahan yaitu *Ronchi (+)* ada gangguan pada saat aktivitas dan istirahat, dengan TTV : S : 36,5 ºC, N : 84x/menit, TD : 110/70 mmHg, RR : 28x/menit, GCS: 4-5-6, KU : Lemah, Kes : Compos mentis, SPO2 : 94%, Sputum BTA (+), Retraksi dada (+)

Sedangkan data subyektif pada kasus 2 Tn. R mengatakan bahwa ia mengalami batuk kurang lebih 3 minggu, nyeri dada saat batuk, dan batuk mengeluarkan dahak kental berwarna hijau. Dan data obyektif terdapat suara tambahan saat bernafas yaitu Ronchi (+), Sputum BTA (+), Retraksi dada (+), Dengan TTV S : 36,7 ºC, N : 86x/menit, TD : 130/90 mmHg, RR : 28x/menit, GCS : 4-5-6, KU : Lemah , Kes : Compos mentis, SPO2 : 95% dan juga terdapat pemasangan O2 nasal 4 lpm.

Konsep teori, Bersihan jalan nafas tidak efektifKetidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap patenTanda dan Gejala Mayor:Subyektif*(Tidak tersedia),* Obyektif ,Batuk tidak efektif, Tidak mampu batuk, Sputum berlebih, Mengi, *whezzing*, dan ronchi, Mekonium di jalan napas (pada neonatus). Tanda dan Gejala Minor :Subyektif**,** Dispnea, Sulit bicara,, Ortopnea, Obyektif , Gelisah , Sianosis, Bunyi napas menurun, Frekuensi napas berubah, Pola napas berubah

Peneliti memprioritaskan diagnosa bersihan jalan nafas tidak efektif karena merupakan suatu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi, hal ini jika tidak segera dilakukan penanganan akan terjadi kolap paru. Menurut peneliti diagnosa keperawatan tersebut sudah sesuai dengan beberapa kriteria yang disyaratkan pada diagnosa tersebut. Dengan demikian hasil laporan studi kasus ini sesuai dengan teori atau tidak ada kesenjangan antara laporan dengan teori.

* + 1. Intervensi

Intervensi yang dilakuan pada studi kasus ini mengarah *Nursing Outcome Classification* (NOC) yang meliputi : status pernafasan : kepatenan jalan nafas. Dan *Nursing Income Classification* (NIC) yang meliputi : monitor status pernafasan dan oksigenasi, posisikan pasien untuk meringankan sesak nafas, motivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam, berputar dan batuk, auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun, atau tidak adanya suara nafas tambahan, kelola udara atau oksigen yang dilembabkan, instruksikan bagaimana agar melakukan batuk efektif,

Nurarif dan Kusuma (2016), pada diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif maka NOC yang ada adalah status pernafasan : kepatenan jalan nafas dan NIC yang digunakan antara lain managemen pernafasan, peningkatan (managemen) batuk, status pernafasan. Adapun untuk intervensi disesuaikan dengan kondisi masing-masing klien. Menurut Nursalam (2015), rencana keperawatan sederhana dapat diartikan sebagai suatu dokumentasi tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan, dan intervensi keperawatan

Peneliti intervensi keperawatan di berikan pada klien bersihan jalan nafas tidak efektif sudah sesuai dengan teori dan hasil penelitian, sehingga tidak di temukan kesenjangan antara hasil laporan kasus dengan teori.

* + 1. Implementasi

Implementasi yang dilakukan NIC yaitu : managemen pernafasan yaitu : monitor status oksigen pasien, monitor respirasi dan status O2, posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi, auskultasi suara nafas catat adanya suara nafas tambahan lakukan suction, keluarkan secret dengan mengajarkan batuk efektif pada klien : 1. anjurkan klien untuk rileks napas selama 10 detik, setelah hitungan 10 detik klien diminta untuk menghembuskan napas disertai batuk. 2. melakukan clapping dengan tujuan untuk melepaskan sekret yang bertahan atau melekat pada bronkus. Clapping dilakukan dengan cara membentuk kedua tangan seperti mangkok selama 1-2 menit pada tiap sigmen paru, memberikan oksigen 4lpm, memposisikan klien semifowler, adanya suara tambahan yaiut ronchi, irama napas tidak teratur dan mendapatkan terapi farmakologi injeksi antrain 3x1 gr, injeksi omeprazole 1x40 mg, injeksi ceftriaxon 2x1 gr, dan obat oral isoniasid 1x150mg, rifamphisin 1x300mg, parasinamid 1x750mg, etambutol 1x500mg, dan mendapatkan nebul pulmicort /18jam. Sedangkan pada Tn.R memberikan oksigen 4lpm, irama nafas tidak teratur, terdapat suara nafas tambahan ronchi, dan mendapatkan terapi farmakologi injeksi paracetamol 2x1 dan OAT di lanjutkan.

Barah (2014), implementasi adalah sebuah pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri, saling ketergantungan atau kolaborasi, dan tindakan rujukan atau ketergantungan. Implementasi tindakan keperawatan dengan masalah bersihan jalan nafas tidak efektif disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan pada situasi nyata sering implementasi jauh berbeda dengan rencana. Oleh karena itu, sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien sesuai dengan kondisi saat ini. Perawat juga menilai diri sendiri apakah mempunyai kemampuan interpersonal, intelektual, teknik sesuai tindakan yanng akan dilaksanakan.

Peneliti implementasi yang dilakukan pada studi kasus pada dua klien ini dengan masalah bersihan jalan nafas tidak efektif sesuai dengan intervensi yang berisi kolaborasi dengan tim medis dalam perencanaan pemberian terapi tersebut untuk mengobati penyakit TB Paru.

* + 1. Evaluasi

Pada tanggal 26April 2019, klien 1 mengeluh masih sesak dan batuk, batuk darah berkurang,Keadaan umum: lemah,, Kesadaran: Composmentis, GCS : 4-5-6, TD 110/70 mmHg, N 84x/menit, S 36,5 OC, RR 28X/menit, SPO2 94%, Ada suara tambahan ronh, Sputum BTA ada Mycobacterium Tuberkulosis, Terpasang O2 nasal kanul 3lpm, Ada dahak darah, Masalah belum teratasi, Lanjutkan intervensi. Pada tanggal 27 April 2019 klien mengatakansesaknya sudah mulai berkurang, batuknya berkurang , Keadaan umum : lemah, Kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, TD : 110/80 mmHg, N : 84x/menit, S : 36,7 OC, RR : 28x/menit, SPO2 : 95%, Ada suara tambahan ronchi , Sputum BTA ada Mycobacterium Tuberkulosis, Terpasang O2 nasal kanul 3lpm, Batuk darah berkurang, Masalah teratasi sebagian, Lanjutkan intervensi. Pada tanggal 28 April 2019 Klien mengatakan sesaknya sudah tidak ada, batuknya mereda, batuk darah tidak ada,, Keadaan umum : lemah, Kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, TD : 120/70 mmHg, N : 80x/menit, S : 36,6 OC, RR : 22x/menit, SPO2 : 98%, Ada suara tambahan ronchi , Sputum BTA ada Mycobacterium Tuberkulosis, masalah teratasi, intervensi di hentikan pasien pulang berikan HE :anjurkan minum obat rutin, hidup sehat , istirahat cukup, kontrol rutin.

Pada tanggal 26April 2019 klien mengeluh masih sesak, masih batuk,Keadaan umum : lemah, Kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, TD : 130/90 mmHg, N : 86x/menit, S : 36,7 OC, RR : 28x/menit, SPO2 : 95%, Ada suara tambahan ronchi , Sputum BTA ada Mycobacterium Tuberkulosis, Retraksi dada berkuran, Masalah belum teratas, Intervensi di lanjutkan. Pada tanggal 27 April 2019 Pasienya mengatakan sesaknya sudah mulai berkurang, batuk masih ada , Keadaan umum : lemah, Kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, TD : 120/80 mmHg, N : 88x/menit, S : 36,5 OC, RR : 27x/menit, SPO2 : 96%, Ada suara tambahan ronchi , Sputum BTA ada Mycobacterium Tuberkulosis, Retraksi dada berkurang, Masalah teratasi sebagian,, lanjutkan intervensi. Pada tanggal 28 April 2019 pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang , batuknya berkurang, Keadaan umum : lemah, Kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, TD : 120/70 mmHg, N : 84x/menit, S : 36,2 OC, RR : 28x/menit, SPO2 : 96%, Ada suara tambahan ronchi , Sputum BTA ada Mycobacterium Tuberkulosis, Retraksi dada tidak ada, Masalah teratasi sebagian, Intervensi di lanjutkan oleh perawat ruangan penelitian di hentikan.

Griffith dan Cristensen (dalam Nursalam,2015), evalusi sebagai sesuatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematik pada status kesehatan klien. Dengan mengukur perkembangan klien dalam mencapai suatu tujuan maka perawat dapat menentukan efektivitas asuhan keperawatan. Meskipun tahap evaluasi diletakkan diakhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan. Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah dikumpulkan dan kesesuaian perilaku yang dionservasi. Diagnosa juga diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara keseluruhan (Nursalam,2015).

Hasil pengkajian kasus yang ada maka diketahui bahwa hasil evaluasi yang ada menentukan tindakan keperawatan berikutnya. Setelah dilakukan evaluasi pada hari pertama terhadap perkembangan status sakit klien, maka akan di lanjutkan menyusun implementasi berikutnya agar kondisi klien semakin membaik. Kegiatan yang dilakukan dalam evaluasi ini adalah mengevaluasi kondisi kesehatan klien berdasarkan penilaian subyektif klien , untuk dibandingkan dengan hasil obyektif yang selama tindakan dilakukan,. kemudian hasil tersebut dianalisuis untuk kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi. Setelah itu baru disusun perencanaan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa. Semua tahapan evaluasi tersebut telah dilakukan selama studi kasus ini dengan hasil analisa terakhir (pengamatan ketiga) untuk Tn.M masalah teratasi pasien boleh pulang dengan kondisi klien batuk sudah berkurang, sudah tidak sesak,kemudian di berikan HE mengenai meminum obat secara teratur, dan rutin, pola hidup sehat, serta istirahat cukup dan kontrol secara rutin. Sedangkan pada Tn.R masalah teratasi sebagian dengan kondisi klien sesak berkurang, batuk berkurang , perlu dilanjutkan intervensi oleh perawat ruangan karena penelitian di hentikan. Jadi tidak dapat kesenjangan anatar konsep teori dan praktek di lapangan.

**BAB 5**

**KESIMPULAN DAN SARAN**

Pada bab ini akan disajiakan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang asuhan keperawatan pada klien tuberkulosis paru dengan masalah bersihan jalan nafas tidak efektif.

* 1. **Kesimpulan**

1. Hasil pengkajian yang dilakukan penulis pada tanggal 26 April 2019 diperoleh data subyektif Tn.M yang mengeluh batuk dan diperoleh data obyektif S : 36,5 ºC, N : 84x/menit, TD :110/70 mmHg, RR :28x/menit, GCS: 4-5-6, KU:Lemah, Kes :Compos Mentis, SPO2 : 94%, Suara nafas Ronchi,Sputum BTA positif, MycobacteriumTuberkulosis. Sedangkan pada Tn.R keluhan utama yaitu batuk dan di peroleh data obyektif S : 36,7 ºC, N : 86x/menit, TD : 130/90 mmHg, RR :28x/menit, GCS :4-5-6, KU : Lemah , Kes : Compos Mentis, SPO2 : 95%, Suara nafas Ronchi, Sputum BTA positif,Mycobacterium Tuberkulosis, Terdapat pemasangan O2 nasal 4 lpm.
2. Diagnosa utama pada klien Tn.M dan Tn.R yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret didukung oleh data-data subyektif pada Tn.M adalah klien yaitu batuk dan sesak sudah 3 hari yang lalu, terpasang oksigen nasal kanul 3lpm, adanya retraksi dada, adanya suara nafas tambahan ronchi, irama nafas tidak teratur, sedangkan pada Tn.R didukung data-data subyektif adalah batuk dan sesak yang sudah dialami

selama 3 minggu yang lalu, terpasang oksigen nasal kanul 4lpm, terdapat retraksi dada, terdapat suara nafas tambahan ronchi, irama nafas tidak teratur.

1. Intervensi keperawatan yang di berikan kepada klien sesuai dengan NIC 2015 mengenai bersihan jalan nafas tidak efektif adalah dengan mengajarkan batuk efektif.
2. Implementasi keperawatan yang di lakukan adalah dengan mengajarkan batuk efektif kepada Tn.M dan Tn.R dan mengamati respon pasien.
3. Setelah melakukan tindakan keperawatan, penulis mengevaluasi kepada pasien setelah di lakukan tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari. Hasil evaluasi pada tannggal 28 April 2019 adalah klien mengatakan batuk dan sesak berkurang.

**5 . 2 Saran**

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis menyampaikan saran antara lain :

1. Bagi Pasien

Dengan adanya bimbingan yang dilakukan oleh perawat peneliti selama proses pemberian Asuhan Keperawatan, di harapkan klien dan keluarga mandiri untuk mencegah, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan baik bagi diri sendiri, keluarga, maupun lingkungan sehingga dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal.

1. Bagi Mahasiswa

Diharapkan mampu meningkatkan Asuhan Keperawatan yang lebih baik dan berkualitas sesuai dengan kaidah dan kode etik keperawatan.

1. Bagi Institusi

Pendidikan yang meningkatkan pengayaan, penerapan, dan pengajaran Asuhan Keperawatan bagi mahasiswanya, penambahan sarana dan prasarana, yang dapat menunjang ketrampilan mahasiswa dalam segi knowledge, efektif, psikomotorik dan skillstation.

1. Bagi Rumah Sakit

Mampu meingkatkan pelayanan dan mutu rumah sakit guna memberikan pelayanan yang optimal bagi pasien.

**DAFTAR PUSTAKA**

Fitriani. 2013 . Faktor Resiko Yang Berhubungan Dengan Kejadian Tubberkulosis Paru. <Http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/ujph>.*Unnes Journal Of Public Health* Vol.2 No.1ICME STIKes. 2017. Buku Panduan Penyusunan Kerja Karya Tulis Ilmiah : Studi Kasus. Jombang : Stikes Icme.

Mardiono. 2013 . Pengaruh Latihan Batuk Efektif Terhadap Frekuensi Pernafasan Pasien Tuberkulosis Paru. Jurnal Harapan Bangsa Vol.1 No.2 Desember . Diakses tanggal 09 Januari 2018 17:00.

Mulyanto. 2014 . Hubungan Lima Indikator Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat Dengan Tuberkulosis *Multidrug Resistant.* Diakses tanggal 11 Januari 2018 18:34. Vol.2 No.3 September:355-367.

Murtaningsih&Wahyono. 2010. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kesembuhan Penderita Tuberkulosis Paru. <Http://Journal.unnes.ac.id/index.php>. Kemas Jurnal Kesehatan Masyarakat. Diakses Tanggal 08 Januari 2018 16:12.KESMAS Vol.6 No.1 (2011) 44-50.

Muttaqin. 2008 . *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan.* Jakarta:Salemba Medika.

Nanda internasional. 2015 . *Diagnosa Keperawatan Defisini Dan Klasifikasi 2015-2017*. Edisi :10, EGC:Jakarta.

Noveyani&Martini. 2014 . Evaluasi Program Pengendalian Tuberkulosis Paru Dengan Strategi DOTS.*Jurnal Berkala Epidemiologi*, Vol.2 No 2 Mei :251-262.

Nurarif&Kusuma. 2015 . *APLIKASI Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa & NANDA NIC-NOC.* Jogjakarta:MediAction.

Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan*:Jakarta.

Septia,dkk. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita Tuberkulosis Paru. JOM PSIK Vol.1 No.2.

Siswanto,dkk. 2015 . Hubungan Pengetahuan dan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Anti Tuberkulosis. Jurnal Kesehatan Andalas Vol.4 No.3.

Sivani&Sunes. 2016. Hubungan Peran Aktif Keluarga sebagai Pengawas Minum Obat (PMO) dan Angka Kesembuhan Tuberkulosis Paru. Jurnal Ilmu Kesehatan Vol.4 No.2 Desember 2016.

Soemantri. 2009. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta:Salemba Medika.

Wijaya&Putri. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah. Yogyakarta:*Nuha Medika.

**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Nama : Nurul Aisah

NIM : 1161210029

Judul : Asuhan Keperawatan Pada KlienTuberkulosis Paru Dengan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif.

Bahwa saya meminta Bapak/Ibuk/Saudara/i untuk berperan serta dalam pembuatan laporan kasus sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan di ajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien, maka peneliti akan menghentikan pada saat ini dan klien berhak mengundurkan diri.

Demikian permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai prtanyaan, klien dapat menanyakan kepada peneliti yang bersangkutan.

Pasuruan, April 2019

Peneliti

(Nurul Aisah)

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

Umur :

Alamat :

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang akan saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan suka rela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Pasuruan, April 2018

Peneliti Responden

(Nurul Aisah) ( )

**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

Umur :

Alamat :

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang akan saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan suka rela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Pasuruan, April 2019

Peneliti Responden

(Nurul Aisah) ( )

|  |  |
| --- | --- |
| **PENGKAJIAN DATA KEPERAWATAN**  **DIRUANG :**…………………  Ruangan/kelas : ………………………  No. Kamar : ………………………  Diagnosamasuk : ………………………  Tanggalmasuk : ………………………  DMK : ………………………  No. RekamMedik : ………………………. | |
| 1. **IDENTITAS** 2. Nama : ……………………………… 3. Umur : ……………………………… 4. Jeniskelamin : ……………………………… 5. Agama : ……………………………… 6. Suku/bangsa : ……………………………… 7. Pendidikan : ……………………………… 8. Pekerjaaan :……………………………… 9. Alamat : ……………………………… 10. Penanggungjawab : Askes / Astek / Jamsostek / sendiri 11. **RIWAYAT SAKIT DAN KESEHATAN** 12. Keluhanutama :..............................................................................................................................................................   ...............................................................................................................................................................   1. RiwayatPenyakitSekarang : ...............................................................................................................................................................   ………………………………………………………………………………………………………………….....   1. RiwayatPenyakitkesehatan yang laludanriwayatkesehatankeluarga : ……………………………………………………………………...............................................................   ……………………………………............................................................................................................   1. Riwayat alergi :   ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................   1. **POLA FUNGSI KESEHATAN**     1. PolaKebiasaanklien       * + 1. Nutrisi : anoreksia nausea vomitus sonde infuse diit           2. Eliminasi : konstipasidiareostomi Retensiurine kateter   anuria oliguria perdarahaninkontinensiaalvi   * + - * 1. Istirahat : insomnia hipersomnia lain-lain ...............................         2. Aktifitas :mandiritergantungsebagiantergantungpenuh lain- lain:………………   1. Data Psikologis, sosiologisdan spiritual      + - 1. Psikologis : gelisahtakutsedihrendahdirimarah   Acuhmudah tersinggung lain-lain :…………………….   * + - * 1. Sosiologis :menarikdirikomunikasi lain-lain :…………………….         2. Spiritual : perludibantudalamberibadah   Lain-lain : …………………………………… | |
| 1. **PemeriksaanFisik:**  |  |  | | --- | --- | | Batas normal | Hasilpemeriksaan | | **Tanda-tanda vital**  Suhu 36-37 C  Nadi 60-100 x/menit Tensi rata-rata 130/80 mmHg  RR 16-24 x/menit | **Tanda –tanda vital**   1. Suhu : ……… ° C 2. Nadi : ……… x/menit 3. Tekanandarah : ……… mmHg 4. Respirasi rate : ……… x/menit |   **PemeriksaanHead–to–toe (kepalake kaki)**   |  |  | | --- | --- | | Kesadaran composmentis, GCS 15,  Visusmata 6/6,tidakbutawarna, hidung, skretjernih,telinga bersih, tidak ada gangguan Pendengaran, bibir normal, gigi lengkap bersih, selaput lendir mulut lembab, lidah normal bersih, tidak ada kesulitan menelan, kelenjar thyroidtidak teraba  Bentuk dada simetris, Polanafasreguler, suaratambahantidakada  Nadifrekuensi80–100 x/menit reguler, auskultasibunyi jantung normal, tidak ada suara tambahan  Abdomen datar, nyeriumumdannyerikhusustidakada, asites tidakada.  Warnakulitkemerahan/pigmentasi, akralhangat, turgor elastik, krepitasidanoedemtidakada  Pergerakanbebas, kemampuankekuatanototnilai 5 | 1. Kesadaran :CM apatis somnolen spoorkoma 2. Kepala:mesosefalasimetris hematoma lainnya : ….. 3. Rambut :kotorberminyakkeringrontok   lainnya : ………………………   1. Muka:asimetrisbells palsy tic facialiskelainan congenital   lainnya : ………   1. Mata :ggn. penglihatan sklera anemistidakadareaksicahaya   Anisokormidriasis/miosiskonjungtifitis  lainnya : ………   1. Telinga:takberdengungnyeritulikeluarcairan   lainnya : ……………   1. Hidung :asimetrisepistaksislainnya : ……………. 2. Mulut : asimetrissimetrisbibirpucatkelainan congenital   lainnya : ………   1. Gigi : kariesgoyangtambalgigipalsu   lainnya :…………….   1. Lidah : kotormukosakeringgerakanasimetris 2. Tenggorokan : faring merahsakitmenelan tonsil membesar   lainnya : …………   1. Leher : pembesarantiroidpembesaran vena jugularis   Kakukudukketerbatasangerak   1. Dada : asimetrisretraksironchirales   Wheezingsuara S1/S2 murmur nyeri dada  aritmia  Takikardibradikardipalpitasi  lainnya :…………………   1. Abdomen :asites nyeribenjolanmasa di :……… 2. Integumen : turgor dingindekubitus   Fistula pucatbaal lainnya : ……..   1. Extremitas : kejang tremor kelainan kongenital   Inkoordinasiplegi :…………  Paresedi :.………… lainnya : …………. |  1. PemeriksaanPenunjang    1. …………………………………………………………………………………..............................................    2. …………………………………………………………………………………...............................................    3. ……………………………………………………………………………………............................................... 2. DiagnosaKeperawatan    1. ………………………………………………………………………………...………...............................................    2. …………………………………………………………………………………………...............................................    3. …………………………………………………………………………………………............................................... | |
|  | ……………., …………………  Perawat  (……………………………) |
|  |  |

**ANALISA DATA**

**Nama : No.RM :........................**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Etiologi** | **Masalah Keperawatan** |
| **Data Subyektif :**  **Data Obyektif :** |  |  |
|  |  |
|  |  |

**Diagnosa Keperawatan yang muncul**

**1.**

**2.**

**3.**

**4.**

**5.**

**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** |
|  |  |  |  |  |

**Evaluasi Keperawatan**

**Nama : ........................ No.RM : ........................**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hari/tanggal** | **No. Diagnosa** | **Waktu** | **Perkembangan** | **Paraf** |
|  |  |  | S :  O :  A :  P : |  |

