

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TUBERKULOSIS DENGAN
MASALAH KETIDAK EFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS DIRUANG
TERATAI RSUD BANGIL PASURUAN**



SAFATIL MUSTAFA

151210027

PROGRAM STUDI DIPLOMA 111 KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

INSAN CENDEKIA MEDIKA

JOMBANG

2018

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Safatil Mustafa
NIM : 151210027
Tempat, tanggal lahir : Lengkok pandan, 05 Juni 1996
Institusi : Program Studi Diploma III Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis
Paru Dengan Masalah Ketidak Efektifan bersihan
jalan nafas

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang saya tulis adalah bukan karya ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila tidak benar saya bersedia mendapatkan sanksi.

Jombang, 6 Februari 2018

Yang menyatakan



Safatil Mustafa

151210027

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Safatil Mustofa
 NIM : 151210027
 Program Studi : DIII Keperawatan
 Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien
 Tuberkulosis Dengan Masalah
 Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

Telah disetujui oleh Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi
 Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia
 Medika Jombang.

Menyetujui Komisi pembimbing

Pembimbing Utama

Hvyndyah Ikke S., S.Kep.,Ns.,M.Kes
 NIK.04.06.059

Pembimbing Anggota

Ita Ni'matus Z., S.SiT.M.Kes
 NIK.05.09.183

Mengetahui

Ketua STIKes ICMe

Imam Fathoni, S.KM.,MM
 NIK.03 04 022

Ketua Program Studi DIII Keperawatan

Nita Arisanti Y., S.Kep.,Ns.,M.Kes
 NIK.01.09.170

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Safatil Mustofa
NIM : 151210027
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien
Tuberkulosis Dengan Masalah
Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

Telah diuji dan dinilai oleh panitia penguji pada Program Studi
Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia
Medika Jombang.

Menyetujui Komisi Dewan Penguji

Ketua Dewan Penguji : Dr.M.Zainul Arifin Drs.M. Kes ()

Penguji Utama : Hyndyah Ikke S.,S.Kep.,Ns.,M.Kes ()

Penguji Anggota : Ita Ni'matus Z,S.SiT.M.Kes ()

Ditetapkan di : JOMBANG

Pada : April 2018

RIWAYAT HIDUP

Penulis lahir di lengkok pandan 05 juni 1996 dari ayah yang bernama H. Ahmad Yani Dan ibu yang bernama Hj. Hartini penulis merupakan anak yang ke tujuh dari tujuh bersaudara

Tahun 2009 Penulis lulus dari SDN 2 Barejulat , Tahun penulis lulus dari SMPN 5 jonggat , Tahun 2012 Penulis lulus dari SMA islam abhariyah dan Pada Tahu 2015 Penulis lulus sleksi masuk STIKes Insan Cendekia Medika jombang melalu jalur pmdk .penulis memilih program studi Diploma III Keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes ICME jombang

Jombang mei 2018



SAFATIL MUSTAFA

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

TB paru merupakan salah satu penyakit infeksi yang menjadi masalah utama kesehatan masyarakat di dunia bahkan diperkirakan sepertiga penduduk dunia telah terkena penyakit ini (Jumaelah, 2011). TB paru menjadi penyebab kematian ketiga setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernapasan pada semua kelompok umur serta penyebab kematian nomer satu dari golongan penyakit infeksi pernapasan (Departemen Kesehatan, 2007). Gambaran klinik TB paru dapat dibagi menjadi 2 golongan, gejala respiratorik dan gejala sistemik, gejala respiratorik antara lain batuk dan sesak nafas (Andra & Yessie, 2013). Reaksi infeksi membentuk kavitas dan merusak parenkim paru yang menyebabkan edema trakeat atau faringeal, peningkatan produksi sekret, pecahnya pembuluh darah jalan nafas yang berakibat munculnya batuk produktif, batuk darah, sesak napas dan penurunan kemampuan batuk efektif sehingga mengakibatkan ketidakefektifan bersihan jalan napas (Muttaqin, 2008).

Laporan dari WHO pada tahun 2015 dalam jurnal Fakultas Kedokteran Universitas Andalas menyebutkan terdapat 9,6 juta kasus TB paru di dunia dan 58% kasus terjadi di daerah Asia tenggara dan afrika. Tiga negara dengan

insidensi kasus terbanyak tahun 2015 yaitu India (23%), Indonesia (10%) dan China (10%).

Indonesia sekarang berada pada ranking kedua negara dengan beban TB tertinggi di dunia. Pada tahun 2014 ditemukan jumlah kasus baru BTA positif sebanyak 176.677 kasus, menurun bila dibandingkan kasus BTA positif yang ditemukan tahun 2013 sebesar 196.310 kasus. Estimasi prevalensi TB semua kasus adalah sebesar 272 per 100.000 penduduk dengan estimasi 2 berjumlah 183 per 100.000 penduduk. Jumlah kematian akibat TB diperkirakan 25 per 100.000 kematian (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2014). Sementara di RSUD Bangil Pasuruan mencatat jumlah pasien dengan TB Paru mulai bulan September 2016 sampai dengan bulan Januari 2017 mencapai 354 pasien.

Tuberkulosis disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis*. Mekanisme penularan TB paru dimulai dengan penderita TB Paru BTA (+) mengeluarkan dahak yang mengandung kuman TB ke lingkungan udara sebagai aerosol (partikel yang sangat kecil). Partikel aerosol ini terhirup melalui saluran pernapasan mulai dari hidung menuju paru-paru tepatnya ke alveoli paru. Pada alveoli kuman TB paru mengalami pertumbuhan dan perkembangbiakan yang akan mengakibatkan terjadinya destruksi paru. Bagian paru yang telah rusak atau dihancurkan ini akan berupa jaringan/sel-sel mati yang oleh karenanya akan diupayakan oleh paru untuk dikeluarkan dengan reflek batuk.

Oleh karena itu pada umumnya batuk karena TB adalah produktif, artinya berdahak (Danasantoso, 2000).

Pada penderita TB paru bila penanganannya kurang baik, maka penderita TB paru akan mengalami komplikasi seperti hemoptitis (perdarahan dari saluran napas bawah, kolaps dari lobus akibat retraksi bronchial, bronkiektaksis (pelebaran bronkus setempat), pneumotorak, penyebab infeksi ke organ lain (Rahim, 2008). Menurut Zain, 2001 dalam Muttaqin (2008),

Penatalaksanaan TB dibagi menjadi 3 bagian, yaitu pencegahan, pengobatan dan penemuan penderita (active case finding). Intervensi keperawatan untuk pasien Tuberkulosis dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas dengan mengatur posisi tidur semi atau highfowler, mengajarkan teknik batuk efektif (NIC, 2015).

1.2 Batasan Masalah

Asuhan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis Paru Dengan Masalah ke Tidak Efektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada klien tuberkulosis paru dengan Masalah Ketidak Efektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis paru Dengan Ketidak Efektipan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Teratai RSUD Bangil Pasuruan.

1.4.2 Tujuan Khusus Tujuan khusus dalam studi kasus ini adalah :

- 1) Melakukan pengkajian keperawatan pada klien tuberkulosis paru dengan Ketidak Efektipan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Teratai RSUD Bangil Pasuruan.
- 2) Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien tuberkulosis paru dengan ketidak efektifan bersihan jalan nafas di Ruang Teratai RSUD Bangil Pasuruan.
- 3) Menyusun perencanaan keperawatan pada klien tuberkulosis paru dengan ketidak efektifan bersihan jalan nafas di Ruang Teratai RSUD Bangil Pasuruan.
- 4) Melakukan tindakan keperawatan pada klien tuberkulosis paru dengan Ketidak Efektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Teratai RSUD Bangil Pasuruan.
- 5) Melakukan evaluasi keperawatan pada klien tuberkulosis paru dengan Masalah ketidak Efektipan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Teratai RSUD Bangil Pasuruan

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Untuk peningkatan ilmu pengetahuan dalam mencari pemecahan permasalahan kesehatan yang berhubungan dengan ketidak efektifan bersihan jalan nafas pada klien tuberkulosis paru.

1.5.2 Manfaat Praktis

- 1) Bagi Klien dan Keluarga Bermanfaat bagi klien dan keluarga untuk menambah pengetahuan penyembuhan dengan kasus ketidak efektifan bersihan jalan nafas pada klien tuberkulosis paru.
- 2) Bagi Perawat Sebagai bahan masukan dalam dasar penggunaan asuhan keperawatan pada klien tuberkulosis paru dengan masalah ketidak efektifan bersihan jalan nafas
- 3) Bagi institusi pendidikan Menjadi pedoman dan pengembangan untuk meningkatkan mutu pendidikan yang akan datang di STIKes ICMe Jombang dalam melakukan praktik klink.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Tuberkulosis

2.1.1 Definisi Tuberkulosis

Menurut 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 bakteri ini dapat masuk melalui saluran pernafasan dan pencernaan (GI) dan luka terbuka pada kulit. Tetapi paling banyak melalui inhalasi droplet yang berasal dari orang yang terinfeksi bakteri tersebut.

2.1.2 Klasifikasi

Klasifikasi Penyakit Dan Tipe Pasien

Menurut Depkes (2006), klasifikasi penyakit TB dan tipe pasien digolongkan:

- 1) Klasifikasi berdasarkan organ tubuh yang terkena:
 - a. Tuberkulosis paru. Tuberkulosis paru adalah tuberkulosis yang menyerang jaringan (parenkim) paru. tidak termasuk pleura (selaput paru) dan kelenjar pada hilus.
 - b. Tuberkulosis ekstra paru. Tuberkulosis yang menyerang organ tubuh lain selain paru, misalnya pleura, selaput otak, selaput jantung (pericardium), kelenjar lymfe, tulang, persendian, kulit, usus, ginjal, saluran kencing, alat kelamin, dan lain-lain.

2) Klasifikasi berdasarkan hasil pemeriksaan dahak mikroskopis, yaitu pada TB Paru:

a. Tuberkulosis paru BTA positif.

- 1) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif.
- 2) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto toraks dada menunjukkan gambaran tuberkulosis.
- 3) 1 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan biakan kuman TB positif.
- 4) 1 atau lebih spesimen dahak hasilnya positif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.

b. Tuberkulosis paru BTA negatif

Kasus yang tidak memenuhi definisi pada TB paru BTA positif.

Kriteria diagnostik TB paru BTA negatif harus meliputi:

- 1) Paling tidak 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA negative
- 2) Foto toraks abnormal menunjukkan gambaran tuberkulosis.
- 3) Tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT.
- 4) Ditentukan (dipertimbangkan) oleh dokter untuk diberi pengobatan

3) Klasifikasi berdasarkan tingkat keparahan penyakit

a. TB paru BTA negatif foto toraks positif dibagi berdasarkan tingkat keparahan penyakitnya, yaitu bentuk berat dan ringan. Bentuk berat bila gambaran foto toraks memperlihatkan gambaran kerusakan paru

yang luas (*misalnya proses "far advanced"*), dan atau keadaan umum pasien buruk.

b. TB ekstra-paru dibagi berdasarkan pada tingkat keparahan penyakitnya, yaitu:

1) TB ekstra paru ringan, misalnya: TB kelenjar limfe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang (kecuali tulang belakang), sendi, dan kelenjar adrenal.

2) TB ekstra-paru berat, misalnya: meningitis, milier, perikarditis, peritonitis, pleuritis eksudativa bilateral, TB tulang belakang, TB usus, TB saluran kemih dan alat kelamin.

4) Tipe Pasien

Tipe pasien ditentukan berdasarkan riwayat pengobatan sebelumnya. Ada beberapa tipe pasien yaitu:

a) Kasus baru

Adalah pasien yang belum pernah diobati dengan OAT atau sudah pernah menelan OAT kurang dari satu bulan (4 minggu).

b) Kasus kambuh (*Relaps*)

Adalah pasien tuberkulosis yang sebelumnya pernah mendapat pengobatan tuberkulosis dan telah dinyatakan sembuh atau pengobatan lengkap, didiagnosis kembali dengan BTA positif (apusan atau kultur).

c) Kasus setelah putus berobat (*Default*)

Adalah pasien yang telah berobat dan putus berobat 2 bulan atau lebih dengan BTA positif.

d) Kasus setelah gagal (*failure*)

Adalah pasien yang hasil pemeriksaan dahaknya tetap positif atau kembali menjadi positif pada bulan kelima atau lebih selama pengobatan.

e) Kasus Pindahan (*Transfer In*)

Adalah pasien yang dipindahkan dari UPK yang memiliki register TB lain untuk melanjutkan pengobatannya.

f) Kasus lain :

Adalah semua kasus yang tidak memenuhi ketentuan diatas. Dalam kelompok ini termasuk Kasus Kronik, yaitu pasien dengan hasil pemeriksaan masih BTA positif setelah selesai pengobatan ulangan.

2.1.3 Etiologi

Tuberkulosis adalah *Mycobacterium tuberculosis*, sejenis kuman berbentuk batang dengan ukuran panjang 1-4/Um dan tebal 0,3-0,6/Um. Tergolong dalam kuman *Mycobacterium tuberculosis complex* adalah :

- 1) *M. Tuberculosis*
- 2) Varian Asian
- 3) Varian African I
- 4) Varian African II
- 5) *M. bovis*.

Sebagian besar kuman terdiri atas asam lemak (lipid). Lipid inilah yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam (asam alkohol) sehingga disebut bakteri tahan asam (BTA) dan ia juga lebih tahan terhadap gangguan kimia dan fisis. Kuman dapat tahan hidup pada udara kering maupun dalam keadaan

dingin (dapat tahan bertahun-tahun dalam lemari es). Hal ini terjadi karena kuman bersifat dormant, tertidur lama selama bertahun-tahun dan dapat bangkit kembali menjadikan tuberkulosis aktif lagi. Di dalam jaringan, kuman hidup sebagai parasit intraselular yakni dalam sitoplasma makrofag. Makrofag yang semula memfagositasi malah kemudian disenangnya karena banyak mengandung lipid (Asril Bahar,2001).

Cara penularan TB Menurut (Depkes, 2006)

- 1) Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif.
- 2) Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (droplet nuclei). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak.
- 3) Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab.
- 4) dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat kepositifan hasil pemeriksaan dahak, Daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang makin menular pasien tersebut.
- 5) Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut

2.1.4 Manifestasi Klinis

Gejala utama pasien TB paru adalah batuk berdahak selama 2-3 minggu atau lebih. Batuk dapat diikuti dengan gejala tambahan yaitu dahak bercampur darah, batuk darah, sesak nafas, badan lemas, nafsu makan menurun, berat badan menurun, malaise, berkeringat malam hari tanpa kegiatan fisik, demam meriang lebih dari satu bulan (Depkes, 2006).

Keluhan yang dirasakan pasien tuberkulosis dapat bermacam-macam atau malah banyak pasien ditemukan Tb paru tanpa keluhan sama sekali dalam pemeriksaan kesehatan. Gejala tambahan yang sering dijumpai (Asril Bahar, 2001):

1) Demam

Biasanya subfebril menyerupai demam influenza. Tetapi kadang-kadang dapat mencapai 40-41°C. Serangan demam pertama dapat sembuh sebentar, tetapi kemudian dapat timbul kembali. Begitulah seterusnya sehingga pasien merasa tidak pernah terbebas dari demam influenza ini.

2) Batuk/Batuk Darah

Terjadi karena iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar. Keterlibatan bronkus pada tiap penyakit tidaklah sama, maka mungkin saja batuk baru ada setelah penyakit berkembang dalam jaringan paru yakni setelah berminggu-minggu atau berbulan-bulan peradangan bermula. Keadaan yang adalah berupa batuk darah karena terdapat pembuluh darah yang pecah. Kebanyakan batuk darah pada tuberkulosis terjadi pada kavitas, tetapi dapat juga terjadi pada ulkus dinding bronkus.

3) Sesak Napas

Pada penyakit yang ringan (baru tumbuh) belum dirasakan sesak napas. Sesak napas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, yang infiltrasinya sudah meliputi setengah bagian paru-paru.

4) Nyeri Dada

Gejala ini agak jarang ditemukan. Nyeri dada timbul bila infiltrasi radang sudah sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis. Terjadi gesekan kedua pleura sewaktu pasien menarik/melepaskan napasnya.

5) Malaise

Penyakit tuberkulosis bersifat radang yang menahun. Gejala malaise sering ditemukan berupa anoreksia (tidak ada nafsu makan), badan makin kurus (berat badan turun), sakit kepala, meriang, nyeri otot, dan keringat pada malam hari tanpa aktivitas. Gejala malaise ini makin lama makin berat dan terjadi hilang timbul secara tidak teratur.

2.1.5 Patofisiologi

Tempat masuk kuman *M.tuberculosis* adalah saluran pernafasan, saluran pencernaan, dan luka terbuka pada kulit. Kebanyakan infeksi tuberkulosis terjadi melalui udara (airborne), yaitu melalui inhalasi droplet yang mengandung kuman-kuman basil tuberkel yang berasal dari orang yang terinfeksi. Saluran pencernaan merupakan tempat masuk utama jenis bovin, yang penyebarannya melalui susu yang terkontaminasi.

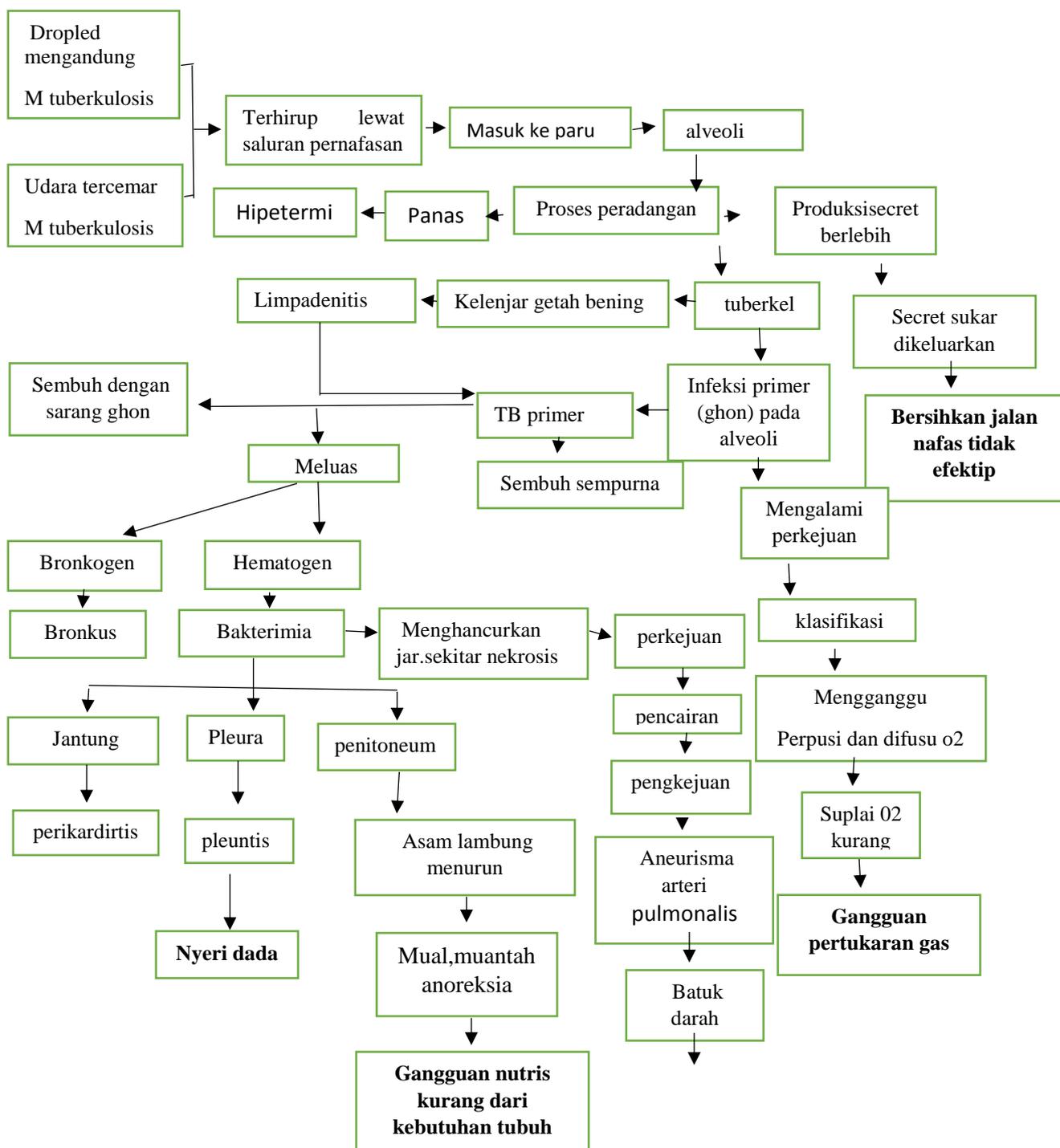
Tuberkulosis adalah penyakit yang dikendalikan oleh respon imunitas perantara sel. Sel efekturnya adalah makrofag, sedangkan limfosit (biasanya sel T) adalah sel imunoresponsifnya. Tipe imunitas seperti ini biasanya lokal,

melibatkan makrofag yang diaktifkan di tempat infeksi oleh limfosit dan limfokinnya. Respon ini disebut sebagai reaksi hipersensitivitas (lambat)

Nekrosis bagian sentral lesi memberikan gambaran yang relatif padat dan seperti keju, lesi nekrosis ini disebut nekrosis kaseosa. Daerah yang mengalami nekrosis kaseosa dan jaringan granulasi di sekitarnya yang terdiri dari sel epiteloid dan fibroblast, menimbulkan respon berbeda. Jaringan granulasi menjadi lebih fibrosa membentuk jaringan parut yang akhirnya akan membentuk suatu kapsul yang mengelilingi tuberkel. Lesi primer paru-paru dinamakan fokus Gohn dan gabungan terserangnya kelenjar getah bening regional dan lesi primer dinamakan kompleks Gohn respon lain yang dapat terjadi pada daerah nekrosis adalah pencairan, dimana bahan cair lepas kedalam bronkus dan menimbulkan kavitas. Materi tuberkular yang dilepaskan dari dinding kavitas akan masuk ke dalam percabangan trakeobronkhial. Proses ini dapat akan terulang kembali ke bagian lain dari paru-paru, atau basil dapat terbawa sampai ke laring, telinga tengah atau usus. Kavitas yang kecil dapat menutup sekalipun tanpa pengobatan dan meninggalkan jaringan parut bila peradangan mereda lumen bronkus dapat menyempit dan tertutup oleh jaringan parut yang terdapat dekat perbatasan rongga bronkus. Bahan perkejuan dapat mengental sehingga tidak dapat mengalir melalui saluran penghubung sehingga kavitas penuh dengan bahan perkejuan dan lesi mirip dengan lesi berkapsul yang tidak terlepas keadaan ini dapat menimbulkan gejala dalam waktu lama atau membentuk lagi hubungan dengan bronkus dan menjadi tempat peradangan aktif. Penyakit dapat menyebar melalui getah bening atau pembuluh darah. Organisme yang lolos

dari kelenjar getah bening akan mencapai aliran darah dalam jumlah kecil dapat menimbulkan lesi pada berbagai organ lain. Jenis penyebaran ini dikenal sebagai penyebaran limfohematogen, yang biasanya sembuh sendiri. Penyebaran hematogen merupakan suatu fenomena akut yang biasanya menyebabkan tuberkulosis milier. Ini terjadi apabila fokus nekrotik merusak pembuluh darah sehingga banyak organisme masuk kedalam sistem vaskular dan tersebar ke organ-organ tubuh.

2.1.6 Skema Pohon Masalah Tuberkulosis Paru (Muttaqin, 2008)



**Resiko syok
hipovolemik**

Gambar 2.1 Skema Pohon Masalah Tuberkulosis Paru (Muttaqin, 2008)

2.1.7 Penatalaksanaan

1) Tujuan Pengobatan

Pengobatan TB bertujuan untuk menyembuhkan pasien, mencegah kematian, mencegah kekambuhan, memutuskan rantai penularan dan mencegah terjadinya resistensi kuman terhadap OAT.

2) Prinsip pengobatan

- a. Pengobatan tuberkulosis dilakukan dengan prinsip - prinsip sebagai berikut:
- b. OAT harus diberikan dalam bentuk kombinasi beberapa jenis obat, dalam jumlah cukup dan dosis tepat sesuai dengan kategori pengobatan. Jangan gunakan OAT tunggal (monoterapi) . Pemakaian OAT-Kombinasi Dosis Tetap (OAT – KDT) lebih menguntungkan dan sangat dianjurkan.
- c. Untuk menjamin kepatuhan pasien menelan obat, dilakukan pengawasan langsung (DOT = Directly Observed Treatment) oleh seorang Pengawas Menelan Obat (PMO).
- d. Pengobatan TB diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap intensif dan lanjutan.
 - 1) Tahap awal (intensif)

Pada tahap intensif (awal) pasien mendapat obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya resistensi obat.

- 2) Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya pasien menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu.
- 3) Sebagian besar pasien TB BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan.
- 4) Tahap Lanjutan
 - a. Pada tahap lanjutan pasien mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama
 - b. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman persister sehingga mencegah terjadinya kekambuhan
- 5) Jenis, sifat dan dosis OAT

Jenis OAT	Sifat	Dosis yang direkomendasikan(mg/kg)	
		Harian	3X seminggu
Isoniazid (H)	Bakterisid	5	10
		(4-6)	(8-10)
Pyrazinamide (Z)	Bakterisid	10	10
		(8-12)	(8-12)

Rifampicin (R)	Bakterisid	25 (20-30)	35 (30-40)
Streptomycin (S)	Bakterisid	15 (12-18)	15 (12-18)
Ethambutol (E)	Bakteriostatik	15 (15-20)	30 (20-35)

6) Paduan OAT yang digunakan di Indonesia

a. Paduan OAT yang digunakan oleh Program Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia:

- 1) Kategori 1 : 2(HRZE)/4(HR)3.
- 2) Kategori 2 : 2(HRZE)S/(HRZE)/5(HR)3E3.

Disamping kedua kategori ini, disediakan paduan obat sisipan (HRZE)

b. Kategori Anak: 2HRZ/4HR

1) Paduan OAT kategori-1 dan kategori-2 disediakan dalam bentuk paket berupa obat kombinasi dosis tetap (OAT-KDT), sedangkan kategori anak sementara ini disediakan dalam bentuk OAT kombipak.

2) Tablet OAT KDT ini terdiri dari kombinasi 2 atau 4 jenis obat dalam satu tablet. Dosisnya disesuaikan dengan berat badan pasien. Paduan ini dikemas dalam satu paket untuk satu pasien.

- 3) Paket Kombipak.
- 4) Terdiri dari obat lepas yang dikemas dalam satu paket, yaitu Isoniasid, Rifampisin, Pirazinamid dan Etambutol. Paduan OAT ini disediakan program untuk mengatasi pasien yang mengalami efek samping OAT KDT.
- 5) Paduan OAT ini disediakan dalam bentuk paket, dengan tujuan untuk memudahkan pemberian obat dan menjamin kelangsungan (kontinuitas) pengobatan sampai selesai. Satu (1) paket untuk satu (1) pasien dalam satu (1) masa pengobatan.
- 6) KDT mempunyai beberapa keuntungan dalam pengobatan TB:
 - a. Dosis obat dapat disesuaikan dengan berat badan sehingga menjamin efektifitas obat mengurangi efek dan samping.
 - b. Mencegah penggunaan obat tunggal sehingga menurunkan resiko terjadinya resistensi obat ganda dan mengurangi kesalahan penulisan resep
 - c. Jumlah tablet yang ditelan jauh lebih sedikit sehingga pemberian obat menjadi sederhana dan meningkatkan kepatuhan pasien

2.1.8 Pemeriksaan penunjang

1. Kultur sputum : menunjukkan hasil positif untuk Mycobacterium tuberculosis pada stadium aktif .

2. Zielh Neelsen (Acid-fast stain applied to smear of body fluid) : positif untuk bakteri tahan asam (BTA).
3. Skin test (PPD, Mantoux, Tine, Vollmer Patch) : reaksi positif (area indurasi 10 mm atau lebih, timbul 48-72 jam setelah injeksi antigen intradermal) mengidentifikasi penyakit sedang aktif Foto rontgen dada (chest x-ray) : dapat memperlihatkan infiltrasi kecil pada lesi awal dibagian paru-paru bagian atas, deposit kalsium pada lesi primer yang membaik atau cairan pada efusi. Perubahan mengindikasikan TB yang lebih berat, dapat mencakup area berlubang dan fibrosa.
5. Histologi atau kultur jaringan (termasuk kubah lambung, urine dan CSF, serta biopsi kulit) : menunjukkan hasil positif untuk Mycobacterium tuberculosis.
6. Needle biopsi of lung tissue : positif untuk granuloma TB, adanya sel-sel besar yang mengindikasikan nekrosis.
7. Elektrolit : mungkin abnormal bergantung pada lokasi dan beratnya infeksi, misalnya hiponatremia mengakibatkan retensi air, mungkin ditemukan pada TB paru kronik lanjut.
8. ABGS : mungkin abnormal, bergantung pada lokasi, berat dan sisa kerusakan paru.
9. Bronkografi : merupakan pemeriksaan khusus untuk melihat kerusakan bronkus atau kerusakan paru karena TB.
10. Darah : leukositosis, laju endap darah (LED) meningkat.

11. Tes fungsi paru : VC menurun, dead space meningkat, TLC meningkat dan saturasi oksigen menurun yang merupakan gejala sekunder dari fibrosis/infiltrasi parenkim paru dan penyakit pleura (Somantri, 2009)

2.2 Konsep Dasar Ke Tidak Efektifan Bersihan Jalan Nafas

2.2.1 Definisi

Ketidak Efektifan Bersihan Jalan Nafas adalah kelebihan dan kekurangan oksigen dan/ atau eliminasi karbondioksida di membrane kapiler-alveolar. (Zul Dahlan, 2000)

2.2.2 Batasan Karakteristik

- 1) Perubahan frekuensi napas
- 2) Kesulitan verbalisasi
- 3) Suara napas tambahan
- 4) Sputum dalam jumlah yang berlebihan
- 5) Sianosis
- 6) Batuk yang tidak efektif

2.2.3 Faktor yang Berhubungan

a. Lingkungan

- 1) Perokok
- 2) Perokok pasi
- 3) Terpanjan asap

b. Obstruksi gangguan pertukaran gas

- 1) Eksudat dalam alveoli
- 2) Hiperplasia pada dinding bronkus

- 3) Penyakit paru obstruksi kronis
- 4) Sekresi yang tertahan

c. Fisiologis

- 1) Asewma
- 2) Disfungsi neuromuscular
- 3) Infeksi
- 4) Jalan napas alergik

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Ketidak Efektifan Bersihan Jalan Nafas

2.3.1 Pengkajian

Menurut Muttaqin (2008), data-data yang perlu dikaji pada asuhan dengan tuberkulosis paru adalah sebagai berikut :

Anamnesis

a. Identitas Klien

Meliputi : Nama , Jenis kelamin, umur, alamat, agama suku, bangsa, pendidikan, pekerjaan, tanggal, mrs, diagnose medis, registrasi.

b. Keluhan utama

Tuberkulosis sering dijuluki the great imitator, yaitu suatu penyakit mempunyai banyak kemiripan dengan penyakit lain yang juga memberikan gejala umum seperti lemah dan demam. Pada sejumlah klien gejala yang timbul tidak jelas sehingga diabaikan bahkan kadang-kadang asimtomatik. Keluhan yang sering menyebabkan klien dengan Tuberkulosis paru meminta pertolongan dari tim kesehatan dapat dibagi menjadi dua golongan, yaitu:

- 1) Keluhan respiratoris, meliputi:
 - a. Batuk. Keluhan batuk, timbul paling awal dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan. Perawat harus menanyakan apakah keluhan batuk bersifat nonproduktif/produktif atau sputum bercampur darah.
 - b. Batuk darah. Keluhan batuk darah pada klien dengan Tuberkulosis paru selalu menjadi alasan utama klien untuk meminta pertolongan kesehatan. Hal ini disebabkan rasa takut klien pada darah yang keluar dari jalan napas. Perawat harus menanyakan seberapa banyak darah yang keluar atau hanya berupa blood streak, berupa garis, atau bercak-bercak darah.
 - c. Sesak napas. Keluhan ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah luas atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothoraks, anemia, dan lain-lain.
 - d. Nyeri dada. Nyeri dada pada Tuberkulosis paru termasuk nyeri pleuritik ringan. Gejala ini timbul apabila sistem persarafan di pleura terkena TB.
- 2) Keluhan sistemis, meliputi:
 - 1) Demam. Keluhan yang sering dijumpai dan biasanya timbul pada sore atau malam hari mirip demam influenza, hilang timbul, dan semakin lama semakin panjang serangannya, sedangkan masa bebas serangan semakin pendek.
 - 2) Keluhan sistemis lain Keluhan yang biasa timbul ialah keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan, dan malaise.

Timbulnya keluhan biasanya bersifat gradual muncul dalam beberapa minggu-bulan. Akan tetapi penampilan akut dengan batuk, panas, dan sesak napas (walaupun jarang) dapat juga timbul menyerupai gejala pneumonia.

c. Riwayat Penyakit Saat ini

Pengkajian ini dilakukan untuk mendukung keluhan utama. Apabila keluhan utama adalah batuk, maka perawat harus menanyakan sudah berapa lama keluhan batuk muncul. Pada klien dengan pneumonia, keluhan batuk biasanya timbul mendadak dan tidak berkurang setelah meminum obat batuk yang biasa ada di pasaran.

Tanyakan selama keluhan batuk muncul, apakah ada keluhan lain seperti demam, keringat malam, atau menggigil yang mirip dengan demam influenza karena keluhan demam dan batuk merupakan gejala awal dari Tuberkulosis paru. Tanyakan apakah batuk disertai sputum yang kental atau tidak, serta apakah klien mampu untuk melakukan batuk efektif untuk mengeluarkan sekret yang menempel pada jalan napas.

Apabila keluhan utama adalah batuk darah, maka perlu ditanyakan kembali berapa banyak darah yang keluar. Saat melakukan anamnesis, perawat perlu meyakinkan pada kliententang perbedaan antara batuk darah dan muntah darah, karena pada keadaan klinis, hal ini sering menjadi rancu. Oleh karena itu, peran perawat dalam mengkaji keluhan batuk darah yang komprehensif sangat mendukung tindakan perawatan selanjutnya.

Hal ini bertujuan untuk menurunkan kecemasan dan mengadaptasikan klien dengan kondisi yang dialaminya. Jika keluhan utama atau yang menjadi alasan klien meminta pertolongan kesehatan adalah sesak napas, maka perawat perlu mengarahkan atau menegaskan pertanyaan untuk membedakan antara sesak napas yang disebabkan oleh gangguan pada sistem pernapasan dan sistem kardiovaskular.

d. Riwayat Penyakit Dahulu

Pengkajian yang mendukung adalah dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita Tuberkulosis paru, keluhan batuk lama pada masa kecil, tuberkulosis dari organ lain, pembesaran getah bening, dan penyakit lain yang memperberat Tuberkulosis paru seperti diabetes melitus. Tanyakan mengenai obat-obat yang biasa diminum oleh klien pada masa yang lalu yang masih relevan, obat-obat ini meliputi obat OAT dan antitusif.

Kaji lebih dalam tentang seberapa jauh penurunan berat badan (BB) dalam enam bulan terakhir. Penurunan BB pada klien dengan Tuberkulosis paru berhubungan erat dengan proses penyembuhan penyakit serta adanya anoreksia dan mual yang sering disebabkan karena meminum OAT.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Secara patologi Tuberkulosis paru tidak diturunkan, tetapi perawat perlu menanyakan apakah penyakit ini pernah dialami oleh anggota keluarga lainnya sebagai faktor predisposisi penularan di dalam rumah.

2.3.2 Pemeriksaan Fisik

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

- a. Keadaan Umum dan Tanda-tanda Vital Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada klien dengan Tuberkulosis paru biasanya didapatkan peningkatan suhu tubuh secara signifikan, frekuensi napas meningkat apabila disertai sesak napas, denyut nadi biasanya meningkat seiring dengan peningkatan suhu tubuh dan frekuensi pernapasan, dan tekanan darah biasanya sesuai dengan adanya penyakit penyulit seperti hipertensi.
- b. Pemeriksaan head to toe.

1. Kepala

Kulit kepala

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

Inspeksi : Lihat ada atau tidak adanya lesi, warna kehitaman /kecoklatan, edema, dan distribusi rambut kulit.

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

2. Rambut

Tujuan : Untuk mengetahui warna, tekstur dan percabangan pada rambut dan untuk mengetahui mudah rontok dan kotor.

Inspeksi : Distribusi rambut merata atau tidak, kotor atau tidak, bercabang.

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

3. Kuku

Tujuan : Untuk mengetahui keadaan kuku, warna dan panjang, dan untuk mengetahui kapiler refill.

Inspeksi : Catat mengenai warna biru : sianosis, merah peningkatan visibilitas 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)

4. Kepala/wajah

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

Inspeksi : Lihat kesimetrisan wajah jika muka kanan dan kiri berbeda atau missal lebih condong ke kanan atau ke kiri, itu menunjukkan ada parase/kelumpusan.

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

5. Mata

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

Inspeksi : Kelopak mata ada lubang atau tidak, reflek kedip baik/tidak, konjungtiva dan sclera: merah atau

konjungtivitis, ikterik/indikasi hiperbilirubin atau gangguan pada hepar, pupil: isokor, miosis atau medriasis.

Palpasi : Tekan secara rinagn untuk mengetahui adanya TIO (tekanan intra okuler) jika ada peningkatan akan teraba keras (pasienglaucoma/kerusakan dikus optikus) kaji adanya nyeri tekan.

6. Hidung

Tujuan : Untuk megetahui bentuk dan fungsi hidung dan mengetahui adanya inflamasi atau sinusitis.

Inspeksi : Apakah hidung simetris, apakah ada inflamasi, apakah ada secret.

Palpasi : Apakah ada nyeri tekan massa.

7. Telinga

Tujuan : Untuk mengetahui kedalaman telinga luar, salura telinga, gendang telinga.

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

Palpasi : Tekan daun telinga apakah ada respon nyeri, rasakan kelenturan kartilago

8. Mulut dan faring

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

Inspeksi : Amati bibir apa ada kelainan congenital (bibir sumbing) warna, kesimetrisan, kelembaban pembengkakan, lesi,

amati jumlah dan bentuk gigi, berlubang, warna plak dan kebersihan gigi.

Palpasi : Pegang dan tekan darah pipi kemudian rasakan ada massa atau tumor, pembengkakan dan nyeri.

9. Leher

Tujuan : Untuk menentukan struktur integritas leher, untuk mengetahui bentuk dan organ yang berkaitan dan untuk memeriksa system limfatik.

Inspeksi : Amati mengenai bentuk, warna kulit, jaringan parut, amati adanya pembengkakan kelenjar tiroid, amati kesimetrisan leher dari depan belakan dan samping.

Palpasi : Letakkan telapak tangan pada leher klien, suruh pasien menelan dan rasakan adanya kelenjar tiroid.

10.Dada

Tujuan : Untuk mengetahui bentuk kesimetrisan, frekuensi, irama pernafasan, adanya nyeri tekan, dan untuk mendengarkan bunyi paru.

Inspeksi : Amati kesimetrisan dada kanan kiri, amati adanya retraksi interkosta, amati pergerakan paru.

Palpasi : Adakah nyeri tekan

Perkusi : Untuk menentukan batas normal paru.

Auskultasi:Untuk mengetahui bunyi nafas, vesikuler,wheezing/crecles.

11. Abdomen

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

Inspeksi : Amati bentuk perut secara umum, warna kulit, adanya retraksi, penonjolan, adanya ketidak simetrisan, adanya asites.

Palpasi : Adanya massa dan respon nyeri tekan.

Auskultasi : Bising usus normal 10-12x/menit.

12. Muskuloskeletal

Tujuan : Untuk mengetahui mobilitas kekuatan otot dan gangguan-gangguan pada daerah tertentu.

Inspeksi : Mengenai ukuran dan adanya atrofi dan hipertrofi, amati kekuatan otot dengan memberi penahanan pada anggota gerak atas dan bawah

2.3.3 Diagnosa keperawatan

1. Ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret,

2.3.4 Intervensi Keperawatan

Diagnosa	Kriteria / evaluasi NOC	NIC
----------	----------------------------	-----

Ketidak efektifan bersihan jalan nafas

Definisi:

Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran napas untuk mempertahankan kebersihan jalan napas.

Batasan Karakteristik:

1. Tidak ada batuk
2. Suara napas tambahan
3. Perubahan frekwensi napas
4. Sianosis
5. Kesulitan bicara atau mengeluarkan suara.
6. Penurunan bunyi napas
7. Dispnea
8. Mata melebar
9. Sputum berlebih
10. Batuk tidak efektif
11. Orthopnea
12. Gelisah

Faktor – faktor yang Berhubungan :

1. Lingkungan
 - a. Perokok pasif
 - b. Menghisap asap
2. Obstruksi jalan Napas
 - 1) Spasme jalan napas
 - 2) Mukus berlebih
 - 3) Eksudat dalam jalan napas
 - 4) Materi asing dalam jalan napas
 - 5) Adanya jalan napas Buatan
- 6) Sekresi bertahan Atau sisa sekresi
- 7) Sekresi dalam Bronki
3. Fisiologis :
 - a. Jalan napas alergik
 - b. Asma
 - c. Penyakit paru Obstriktif kronik
 - d. Hiperplasi dinding

1. Respiratory Status : entilation

2. Vital Sign Status

Kriteria Hasil :

- Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat
- Memelihara kebersihan paru paru dan bebas dari tanda tanda distress pernafasan
- Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)
- Tanda tanda vital dalam rentang normal

1. Pastikan kebutuhan oral atau tracheal suctioning.

2. Auskultasi suara napas sebelum dan sesudah suctioning

3. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning.

4. Gunakan universal precaution, sarung tangan, google masker sesuai kebutuhan

5. Monitor status oksigen

6. Gunakan alat steril setiap mrlakukan tindakan

7. Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam seteah kateter di keluarkan dari nasotrakeal

8. Buka jalan nafas gunakan *chin lift* atau *jaw thrust* bila perlu

9. Pasang mayo bila perlu

10. Lakukan fisio terapi dada jika perlu

11. Keluarkan sekret denggan batuk atau suctin

12. Lakukan suction pada mayo.

13. Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab

14. Atur intake atau cairan mengoptimalkan keseimbangan

15. Monitor respirasi dan status O²

Airway Management:

16. Auskultasi bunyi nafas tambahan, ronchi, wheezing

17. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi

18. Ajarkan batuk efektif

19. Kolaborasi

Bronkial	20. pemberian oksigen
e. Infeksi	Kolaborasi
Disfungsi neuromuskular	pemberian broncodilator sesuai indikasi

2.3.5 Implementasi keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang memengaruhi masalah kesehatan klien.

Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Perencanaan asuhan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik, jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam implementasi asuhan keperawatan. Selama tahap implementasi, perawat terus melakukan pengumpulan data dan memilih asuhan keperawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan klien semua . semua intervensi keperawatan didokumentasikan dalam format yang telah ditetapkan oleh instansi.

2.3.6 Evaluasi keperawatan

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

Menurut Griffith dan Christensen (dalam Nursalam, 2008), evaluasi sebagai sesuatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan klien. Dengan mengukur perkembangan klien dalam mencapai suatu tujuan maka perawat dapat menentukan efektivitas asuhan keperawatan.

Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir 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 diobservasi. Diagnosis juga perlu dievaluasi dalam hal keakuratan dan kelengkapannya. Evaluasi juga diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan 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 dibatasi oleh waktu dan tempat, serta kasus yang dipelajari berupa peristiwa, aktivitas atau individu. Studi kasus ini adalah studi untuk mengeksplorasi masalah Asuhan keperawatan pada klien Tuberkulosis yang mengalami Gangguan Pertukaran Gas Di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah (atau dalam versi kuantitatif disebut definisi operasional) adalah pernyataan 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 sistematis berkesinambungan, yang meliputi tindakan untuk mengidentifikasi

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. Menurut Sylvia A.Price dalam Nurarif& Kusuma (2015), tuberculosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh Mycobacterium tuberculosis yang menyerang paru-paru dan hampir seluruh organ tubuh lainnya
3. Masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan kebersihan jalan napas (Nurarif & Kusuma, 2015).
4. RSUD Bangil Pasuruan adalah rumah sakit negeri tipe C di kota Pasuruan yang dijadikan lokasi penelitian.

3.3 Partisipan

Subyek yang digunakan dalam penelitian ini adalah 2 klien yang didiagnosa medik mengalami Tuberkulosis Paru dengan masalah ketidak efektifan bersihan jalan nafas di RSUD Bangil. Adapun kriteria partisipan adalah sebagai berikut :

1. 2 klien yang mengalami Tuberculosis paru
2. 2 klien yang mengalami masalah pertukaran gas
3. 2 klien baru yang di rawat di Ruang Melati RSUD bangil pasuruan

4. 2 klien dan keluarga yang bersedia untuk dilakukan penelitian studi kasus

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Studi Kasus Individu (di RSUD Bangil) Jalan Raya Raci Bangil Pasuruan Jawa Timur. Penelitian dilakukan mulai bulan

3.5 Pengumpulan data

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus adalah :

1. Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas 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 system tubuh klien
3. Studi dokumentasi dan angket (hasil dari pemeriksaan diagnostic dan data lain yang relevan).

3.6 Uji Keabsahan data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data/informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas 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 diteliti.

3.7 Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan

Dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh 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:

5. Pengumpulan data.

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

6. Mereduksi data.

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data

subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan daagnostik kemudian dibandingkan nilai normal

7. Penyajian data.

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

8. 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

3.8 Etik Penelitian

Beberapa prinsip etik yang perlu diperhatikan dalam penelitian antara lain :

1. *Informed Consent* (persetujuan menjadi responden), dimana subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada informed consent juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.
2. *Anonymity* (tanpa nama), diman subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonymity*)

3. Rahasia (*confidentiality*), Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden (Nursalam, 2014)

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

Lokasi yang digunakan dalam penyusunan KTI studi kasus serta pengambilan

data adalah di Ruang Teratai dengan kapasitas 4 pasien. Lokasi ini beralamat

di Jl. Raya Raci – Bangil Pasuruan, Jawa Timur.

4.1.2 Pengkajian

1. Tabel 4.1 Identitas Klien

IDENTITAS KLIEN	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn.sp	Tn.sk
Umur	55 Th	58 Th
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	Tidak Sekolah
Pekerjaan	Petani	Petani
Status Perkawinan	Sudah menikah	Sudah menikah
Alamat	Semendung Timur Pasinan Pasuruan	Gondang wetan Pasuruan
Suku/bangsa	Jawa / WNI	Jawa / WNI
Tanggal MRS	31 Januari 2017	06 Februari 2017
Tanggal Pengkajian	09 Februari 2017	09 Februari 2017
Jam Masuk	16:26	23:21
No.RM	00320XXX	00321XXX
Diagnosa Masuk	TB Paru	TB Paru

2. Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	Klien 1	Klien 2
Keluhan Utama	Klien mengatakan sesak napas	Klien mengatakan sesak napas
Riwayat penyakit sekarang	Keluarga mengatakan klien batuk selama 10 hari dan mengeluh dada terasa sakit, kemudian keluarga membawa ke IGD RSUD Bangil Pasuruan pada tanggal 31 Januari 2017 jam 16:26 WIB untuk	Keluarga mengatakan klien sesak dan batuk selama 2 minggu, mual dan muntah. Kemudian oleh keluarga di bawa ke IGD RSUD Bangil Pasuruan pada tanggal 06 2018 jam 23:21 WIB untuk mendapatkan

Riwayat penyakit dahulu	mendapatkan pengobatan dan sekarang klien rawat inap di Ruang Teratai Keluarga klien mengatakan bahwa klien tidak memiliki riwayat penyakit dahulu	pengobatan dan sekarang klien rawat inap di Ruang Teratai Keluarga klien mengatakan bahwa klien tidak memiliki riwayat penyakit dahulu
Riwayat keluarga	Klien mengatakan keluarga klien tidak ada yang mempunyai penyakit yang sama dengan yang diderita klien	Klien mengatakan keluarga klien tidak ada yang mempunyai penyakit yang sama dengan yang diderita klien
Riwayat psikososial	1. Respon pasien terhadap penyakitnya: Tn. Sk menganggap penyakitnya ini adalah cobaan dari Tuhan. 2. Pengaruh penyakit terhadap perannya dikeluarga dan masyarakat: Tn. Sk hanya bisa berbaring ditempat tidur dan tidak bisa melakukan apa-apa. Pasien tidak bisa berkumpul dengan semua keluarganya dan masyarakat.	1. Respon pasien terhadap penyakitnya: Tn. Sp menganggap penyakitnya ini adalah cobaan dari Tuhan. 2. Pengaruh penyakit terhadap perannya dikeluarga dan masyarakat: Tn. Sp hanya bisa berbaring ditempat tidur dan tidak bisa melakukan apa-apa. Pasien tidak bisa berkumpul dengan semua keluarganya dan masyarakat.

3. Tabel 4.3 Perubahan Pola Kesehatan (pendekatan gordon/ Pendekatan sistem)

POLA KESEHATAN	Klien 1	Klien 2
Pola Manajemen Kesehatan	Memberikan Batuk efektif	Memberikan Batuk efektif
Pola Nutrisi	Ketika sehat Tn.Sp makan 3 x/hari, jenis karbohidrat, protein serat, dengan jumlah yang banyak. Klien juga meminum air putih sebanyak 8 x/hari, jenis air putih dengan jumlah 8 gelas perhari. Ketika sakit Tn. Sp makan 3x/hari, jenis bubur halus dengan jumlah sedikit. Tn. Sp juga minum 3 x/hari dan susu.	Ketika sehat Tn. Sk makan 3 x/hari, jenis karbohidrat, protein serat, dengan jumlah yang banyak. Klien juga meminum air putih sebanyak 8 x/hari, jenis air putih dengan jumlah 8 gelas perhari. Ketika sakit Tn. Sk makan 3x/hari, jenis bubur halus dengan jumlah sedikit. Tn. Sk juga minum 3 x/hari dan susu.
Pola Eliminasi	Dirumah Tn. Sp BAB 1 x/hari, jumlah sedang, warna kuning kecoklatan dan berbau khas. Tn. Sp BAK 5 x/hari, konsistensi	Dirumah Tn. Sk BAB 1 x/hari, jumlah sedang, warna kuning kecoklatan dan berbau khas. Tn. Sk

Pola Istirahat Tidur	<p>sedang, warna kuning keruh dan berbau khas. Ketika di RS Tn. Sp BAB 2x selama di RS, jumlah sedikit, warna kecoklatan dan berbau khas. Tn. Sp juga BAK dengan terpasang kateter volume kurang lebih 1000 ml/hari, warna kuning keruh dan berbau khas.</p> <p>Ketika Tn. Sp masih sehat, klien mengatakan waktu istirahat dan tidur klien pada malam hari kurang lebih 8 jam. Waktu tidur siang tidak menentu terkadang bisa tidur selama kurang lebih 1-2 jam dan terkadang tidak bisa tidur dan dalam keadaan sakit klien mengatakan waktu tidur malamnya tidak menentu sedangkan waktu tidur siang sedikit terganggu karena kebisingan.</p>	<p>BAK 5 x/hari, konsistensi sedang, warna kuning keruh dan berbau khas. Ketika di RS Tn. Sk BAB 2x selama di RS, jumlah sedikit, warna kecoklatan dan berbau khas. Tn. Sk juga BAK dengan terpasang kateter volume kurang lebih 1000 ml/hari, warna kuning keruh dan berbau khas</p>
Pola Aktivitas	<p>Ketika Tn. Sp masih sehat, klien mengatakan waktu istirahat dan tidur klien pada malam hari kurang lebih 8 jam. Waktu tidur siang tidak menentu terkadang bisa tidur selama kurang lebih 1-2 jam dan terkadang tidak bisa tidur dan dalam keadaan sakit klien mengatakan waktu tidur malamnya tidak menentu sedangkan waktu tidur siang sedikit terganggu karena kebisingan.</p> <p>Disaat Tn. Sp dirumah selalu melakukan aktivitas sesuai rutinitasnya sebagai ibu rumah tangga. Tetapi di rumah sakit semuanya dibantu oleh keluarganya</p>	<p>Ketika Tn. Sk masih sehat, klien mengatakan waktu istirahat dan tidur klien pada malam hari kurang lebih 8 jam. Waktu tidur siang tidak menentu terkadang bisa tidur selama kurang lebih 12 jam dan terkadang tidak bisa tidur dan dalam keadaan sakit klien mengatakan waktu tidur malamnya tidak menentu sedangkan waktu tidur siang sedikit terganggu karena kebisingan.</p>
Pola Reproduksi Seksua	<p>Klien sudah menikah, mempunyai 3 orang anak, suami masih hidup. Klien tidak lagi melakukan hubungan seksual karena keadaan yang sedang sakit.</p>	<p>Disaat Tn. Sk dirumah selalu melakukan aktivitas sesuai rutinitasnya sebagai ibu rumah tangga. Tetapi di rumah sakit semuanya dibantu oleh</p>
Pola Penanggulangan Stress	<p>Klien sudah menikah, mempunyai 1 orang anak, suami masih hidup. Klien tidak lagi melakukan hubungan seksual karena keadaan yang sedang sakit.</p> <p>Tn. Sp tidak mengalami stress panjang karena disetiap klien mempunyai masalah selalu memusyawarahkan dengan keluarga untuk menentukan jalannya keluarganya</p>	<p>Klien sudah menikah, mempunyai 1 orang anak, suami masih hidup. Klien tidak lagi melakukan hubungan seksual karena keadaan yang sedang sakit.</p> <p>Tn. Sk tidak mengalami stress panjang karena disetiap klien mempunyai masalah selalu memusyawarahkan dengan keluarga untuk menentukan jalannya keluarganya.</p>

4. Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik (pendekatan head to toe)

PEMERIKSAAN	Klien 1	Klien 2
Keadaan umum	Baik	Baik
Kesadaran	Composmentis	Composmentis
TTV		
Tekanan darah	120/80 mmHg	110/80 mmHg
Nadi	86 x/menit	89 x/menit
Suhu	36,5 0 C	37 0 C
RR	26 x/menit	24 x/menit
Kepala	Inspeksi : Bersih, tidak ada benjolan, tidak ada bekas luka	Inspeksi : Bersih, tidak ada benjolan, tidak ada bekas luka
Kulit Kepala		
Rambut	Inspeksi : Hitam, tidak mudah rontok, penyebaran merata, rapi.	Inspeksi : Hitam, tidak mudah rontok, penyebaran merata, rapi.
Wajah	Inspeksi : Simetris, tidak ada bekas luka Palpasi : Tidak ada nyeri tekan	Inspeksi : Simetris, tidak ada bekas luka Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
Mata	Inspeksi : Simetris, fungsi penglihatan baik, konjungtiva kemerahan, sclera putih, pupil isokor. Palpasi : tidak ada nyeri tekan	Inspeksi : Simetris, fungsi penglihatan baik, konjungtiva kemerahan, sclera putih, pupil isokor. Palpasi : tidak ada nyeri tekan
Hidung	Inspeksi : Simetris, fungsi penciuman baik, adanya pernafasan cuping hidung, terpasang O2 nasal kanul 4 lpm Palpasi : tidak ada nyeri tekan	Inspeksi : Simetris, fungsi penciuman baik, adanya pernafasan cuping hidung, terpasang O2 nasal kanul 4 lpm Palpasi : tidak ada nyeri tekan
Telinga	Inspeksi : fungsi pendengaran baik, bersih, tidak ada benjolan abnormal	Inspeksi : fungsi pendengaran baik, bersih, tidak ada benjolan abnormal
Leher	Inspeksi : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid	Inspeksi : tidak ada pembesaran kelenjar tyroid
Dada	Inspeksi : simetris kiri dan kanan Perkusi : sonor kiri dan kanan Auskultasi : ronchi +/-	Inspeksi : simetris kiri dan kanan Perkusi : sonor kiri dan kanan Auskultasi : ronchi +/-
Abdomen	Inspeksi : datar Palpasi : lemas, nyeri tekan tidak ada Perkusi : tidak kembung Auskultasi : bising usus normal Inspeksi : tidak ada oedem, tangan kanan terpasang infus NaCl 20	Inspeksi : datar Palpasi : lemas, nyeri tekan tidak ada Perkusi : tidak kembung Auskultasi : bising usus normal Inspeksi : tidak ada oedem, tangan kanan terpasang infus NaCl 20
Ekstermitas Atas		

	tpm	tpm
Bawah	Palpasi : akral hangat	Palpasi : akral hangat
	Inspeksi : tidak ada oedem	Inspeksi : tidak ada oedem
Integumen	Palpasi : akral hangat	Palpasi : akral hangat
	Inspeksi : warna kulit sawo matang, tidak ada iritasi.	Inspeksi : warna kulit sawo matang, tidak ada iritasi.
Genetalia	Palpasi : turgor kulit baik	Palpasi : turgor kulit baik
	Inspeksi : terpasang kateter, produksi urine 1000ml/hari, warna kuning keruh	Inspeksi : terpasang kateter, produksi urine 1000ml/hari, warna kuning keruh
	Palpasi : tidak ada nyeri tekan	Palpasi : tidak ada nyeri tekan

5. Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Klien 1 Tn. Sp

a. Pemeriksaan laboratorium pada Tanggal 05 Februari 2018

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujuk
HEMATOLOGI		
Darah Lengkap		
Leukosit (WBC)	12,4	3,70 – 10,1
Neutrofil	9,8	
Limfosit	1,1	
Monosit	0,9	
Eosinofil	0,5	
Basofil	0,1	
Neutrofil %	H 78,9	39,3 – 73,7 %
Limfosit %	L 8,7	18,0 – 48,3 %
Monosit %	7,4	4,40 – 12,7 %
Eosinofil %	4,3	0,600 – 7,30 %
Basofil %	0,7	0,00 – 1,70 %
Eritrosit (RBC)	L 3,750	4,2 – 11.0 10 ⁶ /
Hemoglobin (HGB)	L 9,54	12,0 – 16,0 g/dl
Hematokrit (HCT)	L 28,70	38-47 %
MCV	L 76,50	81,1 – 96,0 m ³
MCH	L 25,40	27,0 – 31,2 pg
MCHC	33,20	31,8 – 35,4 g/dl
RDW	L 11,20	11,5 – 14,5 %
PLT	H 488	155 – 366 10 ⁹ /ul
MPV	5,42	6,90 – 10,6 fL

b. Foto thorak

Hasil : tampak Tb Paru

c. Sputum BTA

Pemeriksaan sputum BTA 3x positif Mycobacterium Tuberkulosis

Klien 2 Tn. Sk

a. pada Tanggal 09 Februari 2018

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI		
Darah Lengkap		
Leukosit(WBC) Neutrofil	13,5	3,70 – 10,1
Limfosit	11,4	
Monosit	0,9	
Eosinofil	1,0	
Basofil	0,1	
Neutrofil %	0,1	
Limfosit %	H 84,7	39,3 – 73,7 %
Monosit %	L 6,6	18,0 – 48,3 %
Eosinofil %	7,5	4,40 – 12,7 %
Basofil %	L 0,4	0,600 – 7,30 %
Eritrosit(RBC)	0,8	0,00 – 1,70 %
Hemoglobin(HGB)	L 4,170	4,2 – 11.0 106/
Hematokrit (HCT) MCV	L 10,10	12,0 – 16,0 g/dl
MCH	L 33,00	38-47 %
MCHC	L 79,20	81,1 – 96,0 m3
RDW	L 24,30	27,0 – 31,2 pg
PLT	L 30,60	31,8 – 35,4 g/dl
MPV	11,70	11,5 – 14,5 %
	268	155 – 366 103
	6,58	6,90 – 10,6 fL

b. Foto thorak

Hasil : tampak Tb Paru

4.1.3 Tabel 4.6 Analisa Data

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
Klien 1	Micobacterium tuberculosa	Ketidak Efektipan
Data subjektif:	↓	Bersihan Jalan Nafas
Klien mengatakan sesak napas.	Droplet infection	
Data objektif:	↓	
a. Keadaan umum : lemah	Masuk lewat jalan nafas	
b. Klien tampak sesak	↓	
c. Wajah klien tampak pucat	Menetap di jaringan paru	
d. Klien terpasang O2 nasal kanul 4 lpm	↓	
e. Adanya pernafasan	Terjadi proses inflamasi	
	↓	
	Kerusakan membrane alveolar	
	↓	

cuping hidung	
f. Penggunaan otot bantu nafas	Pembentukan sputum berlebihan
g. Kesadaran : composmentis GCS : 456	↓ Penumpukan sekret
h. TTV S : 36,5 0 C N : 86 x/menit TD : 120/80 mmHg RR : 26 x/menit	
i. Bentuk dada simetris	
j. Suara nafas ronchi di kiri dan kanan	
k. Irama nafas tidak teratur	
l. Klien batuk mengeluarkan dahak warna putih sedikit	

Klien 2

Data subjektif: Klien mengatakan sesak napas.	Micobacterium tuberculosis	Ketidak Efektipan Bersihan Jalan Nafas
Data objektif: a. Keadaan umum : lemah b. Klien tampak sesak c. Wajah klien tampak pucat d. Klien terpasang O2 nasal kanul 4 lpm e. Adanya pernafasan cuping hidung f. Penggunaan otot bantu nafas g. Kesadaran : composmentis GCS : 456 h. TTV S : 37 0 C N : 89 x/menit TD : 110/80 mmHg RR : 24 x/menit i. Bentuk dada simetris j. Suara nafas ronchi kiri dan kanan k. Irama nafas tidak teratur l. Batuk tidak mengeluarkan dahak	↓ Droplet infection ↓ Masuk lewat jalan nafas ↓ Menetap di jaringan paru ↓ Terjadi proses inflamasi ↓ Kerusakan membrane alveolar ↓ Pembentukan sputum berlebihan ↓ Penumpukan sekret	

4.1.4 Tabel 4.7 Intervensi Keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC (NURSING OUTCOME CALSSIFICATION)	NIC (NURSING INCOME CLASSIFICATION)
Klien 1 Ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret, batuk yang tidak efektif	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 secret deviasi 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)	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 b. Monitor pernafasan 1. Monitor suara napas tambahan seperti ngorok, atau mengi 2. Monitor

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

kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan nafas

3. Auskultasi suara napas, catat area dimana terjai penurunan atau tidak adanya ventilasi dn keberadaan suara napas tambahan
4. Mnitor kemampuan batuk efektif pasien
5. Berikan bantuan terapi nafas jika diperlukan (nebulizer)
6. Monitor hasil foto thorak

c. Managemen jalan nafas

1. Motivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam berputar dan batuk
2. Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif
3. Auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak adanya suara tambahan
4. Kelola udara atau oksigen yang dilembabkan sebagaimana mestinya
5. Posisikan untuk meringankan sesak nafas
6. Regulasi asupan cairan sebaimana mestinya
7. Monitor status pernafasan dan oksigenasi

DIAGNOSA

NOC

NIC

KEPERAWATAN	(NURSING OUTCOME CALSSIFICATION)	(NURSING INCOME CLASSIFICATION)
Ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret,	<p>Status pernafasan : kepatenan jalan napas Indikator</p> <ol style="list-style-type: none"> 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) 	<ol style="list-style-type: none"> a. Peningkatan (managemen) batuk <ol style="list-style-type: none"> 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 b. Monitor pernafasan <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suara napas tambahan seperti ngorok, atau mengi 2. Monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan nafas 3. Auskultasi suara napas, catat area dimana terjadi penurunan atau tidak adanya
	<p>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</p>	

<p>4= deviasi ringan dari kisaran normal/ ringan 5= tidak ada deviasi dari kisaran normal/ tidak ada</p>	<p>ventilasi dan keberadaan suara napas tambahan</p>
	<p>4. Monitor kemampuan batuk efektif pasien 5. Berikan bantuan terapi nafas jika diperlukan (nebulizer) 6. Monitor hasil foto thorak</p>
	<p>c. Manajemen jalan nafas</p>
	<p>1. Motivasi pasien untuk bernafas pelan, dalam berputar dan batuk 2. Instruksikan bagaimana agar bisa melakukan batuk efektif 3. Auskultasi suara nafas, catat area yang ventilasinya menurun atau tidak adanya suara tambahan 4. Kelola udara atau oksigen yang dilembabkan sebagaimana mestinya 5. Posisikan untuk meringankan sesak nafas 6. Regulasi asupan cairan sebagaimana mestinya 7. Monitor status pernafasan dan oksigenasi</p>

4.1.5 Tabel 4.8 Implementasi Keperawatan

Klien 1 Tn. Sp

No	Tanggal	Diagnose keperawatan	Pukul	Tindakan	Paraf
----	---------	----------------------	-------	----------	-------

1	1 maret 2018	Ketidak efektipan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret,	08.00	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
			08.30	Melakukan auskultasi adakah suara nafas tambahan atau tidak
			09:00	Monitor TTV : TD : 110/70 mmHg N : 84X/Menit S : 36,5 °C RR : 28X/Menit SPO ₂ : 94%
			11.00	Kesadaran : Composmentis GCS : 4-5-6
			11.30	Memposisikan klien dengan posisi <i>semi fowler</i> .
			12.00	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.
	2 maret 2018		09:00	Melakukan clapping dengan tujuan untuk melepaskan sekret yang bertahan atau melekat pada bronkus .
			09:30	clapping dilakukan dengan cara membentuk kedua telapak tangan seperti mangkuk selama 1-2 menit pada tiap segmen paru

	10:00	auskultasi adanya suara nafas tambahan atau tidak
	11:00	memberikan 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,
	12:00	etambutol 1x500gr Infus PZ+adona 21 tpm moxifloxoein 1x400 ampul
	12:30	Monitor TTV : TD : 110/80 mmHg N : 82X/Menit S : 36,5 °C RR : 26X/Menit SPO ₂ : 95% Kesadaran : Composmentis GCS : 4-5-6
3 maret 2018	08:00	Monitor TTV : TD : 120/70 mmHg N : 80X/Menit S : 36,5 °C RR : 24X/Menit SPO ₂ : 98% Kesadaran : Composmentis GCS : 4-5-6
	09:00	Memberikan injeksi paracetamol 2x1 Infus PZ+adona 21 tpm, infus moxifloxoein 1x400 ampul OAT dilanjutkan
	09:30	Mengkaji kembali kemampuan klien untuk melakukan batuk efektif

Klien 2 Tn. Sk

No	Tanggal	Diagnose keperawatn	Pukul	Tindakan	Paraf
1	1 maret 2018	Ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret,	08.00	Memberikan injeksi omeprazole 1x40mg, injeksi ceftriaone 1x2gr, injeksi antrain 3x1 ampul, melalui IV Infus NS 14 tpm	
			08.30	Memberikan nebulezer combivent 2,5 ml+PZ 2cc	
			09.00	Pemberian O ₂ naal kanul	
			09.30	Auskultasi adanya suara nafas tambahan atau tidak	
			12.00	Monitor TTV : TD : 130/90 mmHg N : 86X/Menit S : 36,7 °C RR : 28X/Menit SPO ₂ : 95% Kesadaran : Composmentis GCS : 4-5-6	
			12.30	Memposisikan klien <i>semi fowler</i>	
			13.00	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.	
	2 maret			Memberikan injeksi : Codein	

2018	08.00 3x5gr, injeksi topzole 1x40gr melalui IV, Infus : hydromal 14tpm, infus moxifloxein 1x400ampul, OAT: isoniasid 1x150gr, rifamphisin 1x300gr, parasinamid 1x500gr
	08.30 Memberikan posisikan semi fowler Memberikan nebulizer combivent 1 ampul+pz 2cc
	08.45 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
	09.00 Memberikan O ₂ nasal kanul 2lpm
	10.00 Auskultasi suara nafas tambahan ada atau tidak
	11.00 Mengkaji ulang kemampuan batuk efektif
	12.00 Monitor TTV : TD : 120/80 mmHg N : 88X/Menit S : 36,5 °C RR : 24X/Menit SPO ₂ : 96%
	Kesadaran : Composmentis GCS : 4-5-6
3 maret 2018	08.00 Memberikan injeksi :codein 3x5gr, injeksi topzole 1x40mg melalui IV Infus : hydromal 14 tpm, infus moxifloxein 1x400gr

08.30	Memberikan posisi semi fowler Memberikan nebul pulmicort
09.00	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
09.30	Mengauskultasi adanya suara nafas tambahan
10.00	Memberikan oksigen nasal kanul 3 lpm

4.1.6 Tabel 4.9 Evaluasi Keperawatan

Klien 1 Tn. Sp

Tanggal	Diagnose keperawatan	Catatan perkembangan	Paraf
1 maret 2108	Ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret,	<p>S : Klien mengatakan masih sesak dan batuk, batuk darah berkurang,</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keadaan umum: lemah Kesadaran: Composmentis GCS : 4-5-6 Klien sesak Klien batuk TTV TD 110/70 mmHg N 84x/menit S 36,5 °C RR 28X/menit SPO₂ 94% <p>Ada suara tambahan ronhi Sputum BTA ada Mycobacterium Tuberkulosis</p> <ol style="list-style-type: none"> Terpasang O₂ nasal kanul 3lpm Ada dahak darah <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 2,3,4,5,6,7,8</p>	

2 maret
2018

S : klien mengatakan sesaknya sudah mulai berkurang, batuknya berkurang

O :

1. Keadaan umum : lemah
2. Kesadaran composmentis
3. GCS 4-5-6
4. Klien sesak
5. Klien batuk
6. TTV
TD : 110/80 mmHg
N : 84x/menit
S : 36,7 °C
RR : 28x/menit
SPO₂ : 95%
Ada suara tambahan ronchi
Sputum BTA ada
Mycobacterium Tuberkulosis
7. Terpasang O₂ nasal kanul 3lpm
8. Batuk darah berkurang

A : Masalah teratasi sebagian

P : Lanjutkan intervensi
2,3,4,5,6

3 maret
2018

S : Klien mengatakan sesaknya sudah tidak ada, batuknya mereda, batuk darah tidak ada,

O :

1. Keadaan umum : lemah
2. Kesadaran composmentis
3. GCS 4-5-6
4. Klien sesak
5. Klien batuk
6. TTV
TD : 120/70 mmHg
N : 80x/menit
S : 36,6 °C
RR : 22x/menit
SPO₂ : 98%
Ada suara tambahan ronchi
Sputum BTA ada
Mycobacterium Tuberkulosis
7. 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. Sk

Tanggal	Diagnosa keperawatn	Catatan perkembangan	Paraf
1 maret 2018		<p>S : pasien mengatakan masih sesak, masih batuk,</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum : lemah 2. Kesadaran composmentis 3. GCS 4-5-6 4. Klien sesak 5. Klien batuk 6. TTV <p>TD : 130/90 mmHg N : 86x/menit S : 36,7 °C RR : 28x/menit SPO₂ : 95%</p> <p>Ada suara tambahan ronchi Sputum BTA ada Mycobacterium Tuberkulosis Retraksi dada berkurang</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi di lanjutkan 2,3,4,5,6,7,8</p>	
2 maret 2018		<p>S : Pasiinya mengatakan sesaknya sudah mulai berkurang, batuk masih ada</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum : lemah 2. Kesadaran composmentis 3. GCS 4-5-6 4. Klien sesak 5. Klien batuk 6. TTV <p>TD : 120/80 mmHg N : 88x/menit S : 36,5 °C RR : 27x/menit SPO₂ : 96%</p> <p>Ada suara tambahan ronchi Sputum BTA ada Mycobacterium Tuberkulosis Retraksi dada berkurang</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi 2,3,4,5,6,,7</p>	
3 maret			

2018	<p>S : pasien mengatakan sesaknya sudah berkurang , batuknya berkurang</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan umum : lemah 2. Kesadaran composmentis 3. GCS 4-5-6 4. Klien sesak 5. Klien batuk 6. TTV <p>TD : 120/70 mmHg N : 84x/menit S : 36,2 °C RR : 28x/menit SPO₂ : 96%</p> <p>Ada suara tambahan ronchi Sputum BTA ada Mycobacterium Tuberkulosis Retraksi dada tidak ada</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi di lanjutkan oleh perawat ruangan penelitian di hentikan.</p>
------	--

4.2 Pembahasan

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

4 . 2 . 1 Pengkajian

Hasil pengkajian secara wawancara dan observasi diperoleh data subyektif Tn.sp 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/meni, pasien terpasang oksigen nasal kanul 4lpm batuk dengan dahak berwarna hijau.

Bedasarkan data yang ada diketahui bahwa terdapat persamaan pada pola batuk antara Tn. Sp dan Tn.sk, dimana pada Tn.sp dan Tn.sk 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,2013). 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,2013)

Menurut penelliti berdasarkan data yang ada dikrtahui bahwa terdapat persamaan pola batuk antara Tn. Sp dan Tn.sk dimana pada Tn.sp, dimana pada Tn.sp dan Tn.sk batuk di sertai dahak yang sama sama berwarna hijau. Sesak dan batuk produktif ini di alami oleh keduanya merupakan tanda dan gejala obyektif.

4 . 2 . 2 Diagnosa Keperawatan

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

Berdasarkan data tersebut dapat ditegakkan prioritas diagnosa keperawatan Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sekret. Diangnosa tersebut ditegakkan dengan alasan, karena pada saat pengkajian

didapatkan data subyektif kasus 1 Tn. sp 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 °C, N : 84x/menit, TD : 110/70 mmHg, RR : 28x/menit, GCS: 4-5-6, KU : Lemah, Kes : Compos mentis, SPO₂ : 94%, Retraksi dada (+)

Sedangkan data subyektif pada kasus 2 Tn. sk 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 (+)*, Retraksi dada (+), Dengan TTV S : 36,7 °C, 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.

Berdasarkan konsep teori, Bersihan jalan nafas tidak efektif Ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten Tanda dan Gejala Mayor: Subyektif (*Tidak tersedia*), Obyektif, Batuk tidak efektif, Tidak mampu batuk, Sputum berlebih, Mengi, *wheezing*, 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 kasis ini sesuai dengan terori atau tidak ada kesenjangan anantara laporan dengan teori.

4.2.3 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,

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015), pada diagnos 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 (2008), rencana keperawatan sederhana dapat diartikan sebagai suatu dokumentasi tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan, dan intervensi keperawatan

Menurut 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.

4.2.4 Implementasi

Implementasi yang dilakukan NIC yaitu : manajemen 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 segmen paru, memberikan oksigen 4lpm, memposisikan klien semifowler, adanya suara tambahan yaitu 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.sk memberikan oksigen 4lpm, irama nafas tidak teratur, terdapat suara nafas tambahan ronchi, dan mendapatkan terapi farmakologi injeksi paracetamol 2x1 dan OAT di lanjutkan.

Menurut Barah (2013), 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 yang akan dilaksanakan.

Menurut 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.

4 . 2 . 5 Evaluasi

Pada tanggal 1 maret 2018, 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 °C, RR 28X/menit, SPO₂ 94%, Ada suara tambahan ronh, ada Mycobacterium Tuberculosis, Terpasang O₂ nasal kanul 3lpm, Ada dahak darah, Masalah belum teratasi, Lanjutkan intervensi. Pada tanggal 2 maret 2018 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 °C, RR : 28x/menit, SPO₂ : 95%, Ada suara tambahan ronchi , ada Mycobacterium Tuberkulosis, Terpasang O₂ nasal kanul 3lpm, Batuk darah berkurang, Masalah teratasi sebagian, Lanjutkan intervensi. Pada tanggal 3 maret 2018 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 °C, RR : 22x/menit, SPO₂ : 98%, Ada suara tambahan ronchi , ada Mycobacterium Tuberkulosis, masalah teratasi, intervensi di hentikan pasien pulang berikan HE : anjurkan minum obat rutin, hidup sehat , istirahat cukup, kontrol rutin.

Pada tanggal 1 maret 2018 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 °C, RR : 28x/menit, SPO₂ : 95%, Ada suara tambahan ronchi , ada Mycobacterium Tuberkulosis, Retraksi dada berkurang, Masalah belum teratas, Intervensi di lanjutkan. Pada tanggal 2 maret 2018 Pasiennya 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 °C, RR : 27x/menit, SPO₂ : 96%, Ada suara tambahan ronchi , ada Mycobacterium Tuberkulosis, Retraksi dada berkurang, Masalah teratasi sebagian,, lanjutkan intervensi. Pada tanggal 3 maret 2018 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 °C, RR : 28x/menit, SPO₂ : 96%, Ada suara tambahan ronchi , ada Mycobacterium Tuberkulosis, Retraksi dada tidak ada, Masalah teratasi sebagian, Intervensi di lanjutkan oleh perawat ruangan penelitian di hentikan.

Menurut Griffith dan Cristensen (dalam Nursalam,2008), evaluasi sebagai sesuatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis 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 diintervensi. Diagnosa juga diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara keseluruhan (Nursalam,2008).

Berdasarkan 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 dilanjutkan 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 dianalisis 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 minum 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

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

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

5.1 Kesimpulan

1. Hasil pengkajian yang dilakukan penulis pada tanggal 1 maret 2018 diperoleh data subyektif Tn.sp yang mengeluh batuk dan diperoleh data obyektif S : 36,5 °C, N : 84x/menit, TD :110/70 mmHg, RR :28x/menit, GCS : 4-5-6, KU : Lemah, Kes :Compos Mentis, SPO₂ : 94%, Suara nafas Ronchi,, MycobacteriumTuberkulosis. Sedangkan pada Tn.R keluhan utama yaitu batuk dan di peroleh data obyektif S : 36,7 °C, N : 86x/menit, TD : 130/90 mmHg, RR :28x/menit, GCS : 4-5-6, KU : Lemah , Kes : Compos Mentis, SPO₂ : 95%, Suara nafas Ronchi,, Mycobacterium Tuberkulosis, Terdapat pemasangan O₂ nasal 4 lpm.
2. Diagnosa utama pada klien Tn.sp dan Tn.sk yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret didukung oleh data-data subyektif pada Tn.sp 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.sk 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.

3. Intervensi keperawatan yang di berikan kepada klien sesuai dengan NIC 2015 mengenai bersihan jalan nafas tidak efektif adalah dengan mengajarkan batuk efektif.
4. Implementasi keperawatan yang di lakukan adalah dengan mengajarkan batuk efektif kepada Tn.sp dan Tn.sk dan mengamati respon pasien.
5. Setelah melakukan tindakan keperawatan, penulis mengevaluasi kepada pasien setelah di lakukan tindakan keperawatan yang dilakukan selama tiga hari. Hasil evaluasi pada tanggal 3 maret 2018 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.

2. Bagi Mahasiswa

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

3. 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.

4. Bagi Rumah Sakit

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

DAFTAR PUSTAKA

- Amin, Zulkifli & Asril Bahar. 2009. Pengobatan TB Termutakhir. In: *Buku Ajar*
- Andra F.S & Yessie M.P. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Bambang. 2015. *Penderita TBC Terus Meningkat*. www.kabarbromoterkini.com.
Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC. Jogjakarta:
- Bulechek G, dkk. 2015. *Nursing Interventions Clarification (NIC)*. Singapore:
 Dalam RSUP Dr. M. Djamil Padang. 2016. Vol.5 no.2
- Danusantoso, Halim. 2000. *Buku Saku Ilmu Penyakit Paru*. Jakarta: Hipokrates
 Departemen Kesehatan (RI). (2015). *Profil Kesehatan Indonesia 2014*.
 Diakses 19 Januari 2017
- Dinas Kesehatan. 2015. *Profil Kesehatan Kabupaten Pasuruan*. Diunduh pada
 Dorland. 2012. *Kamus Saku Kedokteran*. Jakarta: EGC
- Fauzia, Dina Fitri, Masrul Basyar & Asman Manaf. Insidensi Tuberkulosis Paru
<http://www.depkes.go.id>. Diakses 3 Desember 2016
IPD. Jakarta: Interna Publishing . Jakarta: EGC
- Lynda Jual Carpenito. 2010. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan* Edisi 13. : MediAction
- Muttaqin, Arif. 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan*
 Nanda Internasional. 2015. *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi*
- Nurarif. A. H & Kusuma. H. 2015. *APLIKASI Asuhan Keperawatan*
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Keperawatan*.
 pada Pasien Diabetes Melitus Tipe 2 di Ruang Rawat Inap Penyakit Pernapasan.
 Jakarta: Salemba Medika
- Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika
- Soemantri, I. 2009. *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan*
Studi D-III Keperawatan. Jombang: STIKesICMe
- Tri, Maharani, dkk. 2016. *Panduan Karya Tulis Ilmiah: Studi Kasus Program*

LEMBAR KONSUL

Nama : Safatil Mustofa
 Nim : 151210027
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis
 Dengan Masalah Ketidakefektifan Bersihan Jalan
 Nafas

Pembimbing 1

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Paraf
1.	5-12-17	masuda - dihap. lagi	
2.	15-12-17	masalah -> jamul	
3.	28-12-17	Bab 1 -> perus	
4.	1-1-18	Bab 1 -> a...	
5.	5-1-18	Bab 11 -> Refisi	
6.	18-1-18	Bab 11 -> acc	
7.	28-1-18	Bab 11 - Refisi	

LEMBAR KONSUL

Nama : Safatil Mustofa
 Nim : 151210027
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis
 Dengan Masalah Ketidakefektifan Bersihan Jalan
 Nafas

Pembimbing 1

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Paraf
8.	2-2-18	Bab III → a.c. lampiran	
9.	4-2-18	magis ujian	
10.	15-2-18	Bab IV → revisi lanjut bab	
11.	25-2-18	Bab IV → a.c. Bab V → Revisi	
12.	10-3-18	Bab V → Revisi	
13.	20-3-18	Bab V → a.c. lampiran	
14.	2-4-18	magis ujian	

LEMBAR KONSUL

Nama : Safatil Mustofa
 Nim : 151210027
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis
 Dengan Masalah Ketidakefektifan Bersihan Jalan
 Nafas

Pembimbing 2

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Paraf
1.	4-12-17	penulisan diperhatikan	
2.	10-12-17	Bab I → Revisi	
3.	20-12-17	Bab I → acc lanjut bab II	
4.	28-12-17	Bab II → Revisi	
5.	2-1-18	Bab II → acc lanjut bab III	
6.	10-1-18	Bab III → acc	
7.	14-1-18	maka selesai	

LEMBAR KONSUL

Nama : Safatil Mustofa
 Nim : 151210027
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tuberkulosis
 Dengan Masalah Ketidakefektifan Bersihan Jalan
 Nafas

Pembimbing 2

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Paraf
8.	2-2-18	Bab IV → Revisi penulisan 81.	
9.	15-2-18	Bab IV → acc	
10.	25-2-18	Bab V → Revisi	
11.	5-3-18	Bab V → Revisi lihat buku panduan	
12.	15-3-18	Bab V → acc	
13.	25-3-18	P. pustaka + lampiran	
14.	4-4-18	maju ujian + acc	