

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TB PARU DENGAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS
DI RUANG ZAMRUD RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH dr. SLAMET GARUT**

KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya
Keperawatan (A.Md.Kep) di Program Studi DIII Keperawatan
Universitas Bhakti Kencana Bandung**

Oleh :

HALIMAH

NIM : AKX.17.098



PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITASBHAKTI KENCANA

BANDUNG

2020

**LEMBAR PERSETUJUAN
KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TB PARU DENGAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS
DI RUANG ZAMRUD RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH dr. SLAMET GARUT**

OLEH

HALIMAH

AKX.17.098

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui oleh Panitia Penguji pada tanggal seperti tertera di bawah ini

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



**Rizki Muliani, S.Kep.,Ners.,MM
NIDN :0405018102**



**A.Aep Indarna, S.Kep.,Ners.,M.Pd
NIK : 0409127702**

Mengetahui

Ketua Prodi DIII Keperawatan



**Dede Nur Aziz M, S.Kep.,Ners.,M.Kep
NIP :02001020009**

LEMBAR PENGESAHAN
KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TB PARU DENGAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS
DI RUANG ZAMRUD RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH Dr.SLAMET GARUT

OLEH
HALIMAH
AKX. 17.098

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan panitia penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program studi Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Badung,
Pada Tanggal 31 Agustus 2020

PANITIA PENGUJI

Ketua :

Rizki Muliani, S.Kep.,Ners.,MM
(pembimbing utama)



Anggota :

1. Vina Vitniawati, S.Kep.,Ners., M.Kep
(Penguji 1)



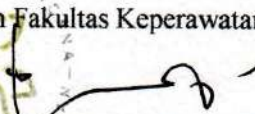
2. Dedi M,M.Hkes.,MM
(Penguji 2)




3. Asep Aep Indarna,S.Pd.,S.Kep.,Ners,M.Pd
(pembimbing pendamping)



Mengetahui

Universitas Bhakti Kencana,
Dekan Fakultas Keperawatan

Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep



PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Halimah
NPM : AKX17098
Fakultas : Keperawatan
Prodi : D3 Keperawatan

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul: ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TB PARU DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIH JALAN NAPAS DI RUANG ZAMRUD RUMAH SAKIT UMUM dr. SLAMET GARUT. Bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain. Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari penelitian dan karya ilmiah tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun juga dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, 31 Agustus 2020

Yang bertandatangan,



Halimah

Pembimbing I

Rizki Mulyani, S.Kep.,Ners.,M.M

Pembimbing II

A. Aep Indarna, S.Kep., Ners., M.Pd

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Halimah

NIM : AKX 17.098

Institusi : Diploma III Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien TB Paru Dengan
Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Zamrud Rumah
Sakit Umum Daerah Dr.Slamet Garut

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa :

1. Karya tulis ilmiah ini adalah asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik (diploma ataupun sarjana), baik di Universitas Bhakti Kencana maupun di perguruan tinggi lain.
2. Karya tulis ini murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan dari pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing dan Masukan Tim penelaah/Penguji.
3. Dalam karya tulis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau difublikasikan orang lain kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang di daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbeneran dalam pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelaryang telah diperoleh dalam karya ini, serta sanksi lainnya sesuai norma yang berlaku diperguruan tinggi ini.

Bandung, 31 Agustus 2020

Yang Membuat pernyataan



Halimah

AKX.17.098

ABSTRAK

Latar belakang: TB paru merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh mycobakterium tuberculose, yang menyerang organ paru dan dapat ditularkan melalui udara . Di RSUD dr.Slamet Garut, jumlah kasus TB Paru pada tahun 2019 kasus yang tercatat diruang perawatan penyakit paru yaitu ruang zamrud, sejak bulan januari sampai bulan desember 2019 penyakit TB paru penyakit berada pada urutan pertama dalam kasus penyakit terbesar yang paling sering terjadi diruangan tersebut dengan kasus tertinggi 762 kasus, Salah satu masalah keperawatan pada klien TB paru yaitu ketidakefektifan bersihan jalan napas.

Tujuan: mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien TB paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di RSUD dr. Slamet Garut. **Metode:** studi kasus dilakukan untuk pemberian asuhan keperawatan dalam pengumpulan data secara detail. Studi kasus ini dilakukan pada dua klien dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas. **Hasil:** proses keperawatan pada klien TB paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas yaitu pada klien 1 masalah sebagian teratasi, sedangkan pada klien 2 masalah teratasi. **Diskusi:** pada klien 1 dan klien 2 ditemukan masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas, sehingga perawat melakukan teknik batuk efektif dalam pemberian asuhan keperawatan khususnya pada klien TB paru. **Kesimpulan:** penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien TB paru dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di RSUD dr. Slamet garut 2020, untuk klien 1 dimulai tanggal 28 januari sampai tanggal 31 januari 2020, sedangkan pada klien 2 pada tanggal 4 februari 2020 sampai 7 februari 2020.

Kata kunci :Asuhan Keperawatan, TB paru, Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Daftar pustaka : 9 buku (2011-2015), 4 jurnal (2012-2019), 2 website

ABSTRACT

Background: Pulmonary TB is an infectious disease caused by mycobacterium tuberculose, which attacks the lung organs and can be transmitted through the air. In dr.Slamet Garut Hospital, the number of cases of pulmonary tuberculosis in 2019 were recorded in the lung disease treatment room, namely the emerald room, from January to December 2019 pulmonary TB disease was in the first place in the largest disease cases that most often occurred in that room. with the highest cases of 762 cases, one of the nursing problems in clients with pulmonary tuberculosis is the ineffective airway clearance.**Purpose:** able to carry out nursing care for pulmonary TB clients with nursing problems ineffective airway cleaning in dr. Slamet Garut **Method:** a case study was conducted to providenursing care in collecting detailed data. This case study was conducted on two clients with nursing problems with ineffective airway clearance. **Result:** the nursing process in pulmonary tuberculosis clients with nursing problems ineffective airway clearance, namely in client 1 the problem was partly resolved, while in client 2 the problem was resolved. **Discussion:**In client 1 and client 2, there was a problem in the ineffectiveness of airway cleaning, so that the nurse performed effective bacteria techniques in providing nursing care, especially in pulmonary TB clients. **Conclusion:** the authors conducted nursing care for pulmonary tuberculosis clients with ineffective airway clearance at dr. Slamet arrowroot 2020, for clients 1 two from 28 January to 31 January 2020, while for client 2 0 on 4 February 2020 to 7 February 2020.

Key words: Nursing care, pulmonary TB, Ineffective airway clearance

Referencess : 9 books (2011-2015), 4 journals (2012-2019), 2 websites

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya penulis masih diberi kekuatan dan pikiran sehingga dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TB PARU DENGAN KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS di RSUD dr. SLAMET GARUT” dengan sebaik-baiknya.

Maksud dan tujuan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah untuk memenuhi salah satu tugas akhir dalam menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Universitas Bhakti Kencana Bandung.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, terutama kepada :

1. H. Mulyana, SH, M.Pd, MH.Kes, selaku Ketua Yayasan Adhi Guna Kencana.
2. Dr. Entris Sutrisno, M.Hkes., Apt selaku Rektor Universitas Bhakti Kencana
3. Rd. Siti Jundiah, S.Kp., M.Kep, selaku Dekan Universitas Bhakti Kencana
4. Dede Nur AzizMuslim,S.Kep.,Ners.,M.Kep selaku Ketua Program Studi Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung
5. Rizki Muliani, S.Kep.,Ners.,MM selaku Pembimbing Utama yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan penyusunan KTI ini
6. A.Aep Indarna, S.Kep.,Ners.,M.Pd, selaku selaku pembimbing pendamping yang telah membimbing dan memotivasi selama penulis menyelesaikan KTI ini.

7. dr. H. Husodo Dewo Adi spesialis orthopedic.,Spine, selaku Direktur Utama Rumah Sakit Umum Daerah dr. Slamet Garut yang telah memberikan kesempatan kepada penulis belajar dan melakukan studi kasus ini di RSUD dr. Slamet Garut.
8. Undang Saefulloh, S.Kep., Ners, selaku CI Ruang Zamrud yang telah memberikan bimbingan, dan motivasi kepada penulis selama proses studi kasus di Ruang Zamrud RSUD dr. Slamet Garut.
9. Orangtua, Bapak Casmita dan Mimih ItiTercinta dan Keluarga Yaitu Kakaku Surtono, Kakak ipar Rosidah, bibi sariyah, Bapak Tasim, dan juga Ema Uminih yang tak pernah berhenti selalu memberikan dukungan, do'a, serta motivasi selama penulis menjalankan pendidikan hingga penulis menyelesaikan KTI ini.
10. Teman-teman seperjuangan, yaitu teman kelasku D3 Keperawatan, dan juga Wigis Kurniawan yang selama kurang lebih tiga tahun ini telah sama-sama berjuang dan saling memotivasi untuk menyelesaikan pendidikan hingga penyusunan KTI ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan KTI ini masih banyak kekurangan sehingga penulis sangat mengharapkan masukan dan saran yang bersifat membangun agar penyusunan KTI ini menjadi lebih baik.

Bandung, Mei 2020

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
LEMBAR PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR BAGAN.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar belakang.....	1
1.2. Rumusan masalah	4
1.3. Tujuan penelittian	5
1.3.1. Tujuan umum.....	5
1.3.2. Tujuan khusus	5
1.4. Manfaat	6
1.4.1. Manfaat teoritis	6
1.4.2. Manfaat praktis	6
BAB II	7
TINJAUAN PUSTAKA	7

2.1 Konsep penyakit	7
2.1.1. Definisi	7
2.1.2. Anatomi dan fisiologi paru-paru.....	8
2.1.3. Etiologi	9
2.1.4. Patofisiologi.....	10
2.1.5. Manifestasi Klinis	11
2.1.6. Pemeriksaan penunjang	12
2.1.7. Penatalaksanaan.....	13
2.1.8. Komplikasi.....	14
2.1.9. Pencegahan	15
2.1.10. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas.....	15
2.1.11. Batuk efektif	16
2.2. Konsep asuhan keperawatan.....	16
2.2.1. Pengkajian.....	16
2.2.2. Diagnosa keperawatan	21
2.2.3. Perencanaan	21
2.2.4. Implementasi.....	45
2.2.5. Evaluasi.....	46
BAB III.....	48
METODE PENELITIAN	48
3.1. Desain penelitian	48
3.2. Batasan ilmiah	48
3.3. Partisipan	49
3.4. Lokasi dan waktu penelitian.....	49
3.5. Pengumpulan data	49

3.6. Uji keabsahan data.....	50
3.7. Analisis data	50
3.8. Etika penelitian.....	52
BAB IV	55
HASIL DAN PEMBAHASAN	55
4.1. Hasil	56
4.1.1. Gambaran lokasi pengambilan.....	55
4.1.2. Asuhan keperawatan	56
4.2. Pembahasan.	84
4.2.1 Pengkajian	85
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	86
4.2.3. Perencanaan	88
4.2.4. Implementasi.....	90
4.2.5. Evaluasi.....	94
BAB V.....	95
KESIMPULAN DAN SARAN	95
5.1. Kesimpulan.....	95
5.2. Saran.....	97

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Intervensi ketidakefektifan bersihan jalan nafas.....	23
Tabel 2.2 Intervensi gangguan pertukaran gas.....	28
Tabel 2.3 Intervensi hipertermia.....	34
Tabel 2.4 Intervensi ketidakseimbangan nutrisi tubuh.....	39
Tabel 2.5 Intervensi resiko infeksi.....	42
Tabel 4.1 Identitas.....	57
Tabel 4.2 Riwayat kesehatan.....	57
Tabel 4.3 Pola aktivitas sehari-hari.....	59
Tabel 4.4 Pemeriksaan fisik.....	61
Tabel 4.5 Data psikologi.....	66
Tabel 4.6 Data sosial.....	68
Tabel 4.7 Data spiritual.....	68
Tabel 4.8 Hasil pemeriksaan laborotarium.....	68
Tabel 4.9 Terapi pengobatan.....	70

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi paru-paru.....	8
Gambar 4.1 Hasil pemeriksaan radiologi.....	69

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patway TB Paru.....	12
-------------------------------	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Lembar Bimbingan

Lampiran II Lembar *Informed Consent* / Persetujuan Responden

Lampiran III Lembar Observasi / Tindakan

Lampiran IV Satuan Acara Penyuluhan

Lampiran V Leaflet

Lampiran VII Daftar Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

TB paru merupakan penyakit infeksi yang disebabkan oleh mycobakterium tuberculose, yang menyerang organ paru dibandingkan organ dalam lainnya dan dapat ditularkan melalui udara yang membawa droplet nuclei penderita TB (Ijatti,2015). TB paru menjadi penyebab kematian ketiga setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernapasan pada semua kelompok umur serta penyebab kematian nomor satu dari golongan penyakit infeksi pernapasan (Departemen Kesehatan, 2016).

WHO menyebutkan terdapat 87% kasus TB paru di dunia dan kasus terjadi di daerah Asia tenggara (44%) dan delapan negara dengan insidensi kasus terbanyak tahun 2018 yaitu India (27%), China (9%), Indonesia (8%), filipina (6%), pakistan (6%), nigeria (4%), bangladesh (4%), dan afrika selatan (4%) Indonesia sekarang berada pada ranking ketiga negara dengan beban TB tertinggi di dunia. Pada tahun 2018 ditemukan jumlah kasus baru BTA positif sebanyak 1.017.290 kasus, dengan rincian 510.714 laki-laki dan 506.576 perempuan, naik bila dibandingkan kasus BTA positif yang ditemukan tahun 2017 sebesar 420.994 kasus. Jika digolongkan berdasarkan jenis kelamin didapatkan hasil prevalensi tuberculosis laki-laki mendapatkan perbandingan tiga kali lebih besar dibandingkan wanita, dicurigai karena beberapa factor yang mempengaruhi seperti kepatuhan minum obat dan kebiasaan merokok yang dilakukan oleh laki-laki. Jumlah kematian akibat TB diperkirakan 23 per 100.000 kematian (Kemenkes RI, 2018). Jawa barat

adalah provinsi dengan jumlah total kasus Tuberculosis (TB paru) terbanyak pada tahun 2018 yaitu sebanyak 186.809 kasus (Riskesdas, 2018).

Di RSUD dr.Slamet Garut, jumlah kasus TB Paru pada tahun 2019 berdasarkan data dari Rekam Medik tercatat sebanyak 1317 kasus, diantaranya angka kejadian pasien meninggal sebanyak 65 orang (6,4%) sedangkan jumlah kasus yang tercatat diruang perawatan penyakit paru yaitu ruang zamrud, sejak bulan januari sampai bulan desember 2019 penyakit TB paru penyakit berada pada urutan pertama dalam kasus penyakit terbesar yang paling sering terjadi diruangan tersebut dengan kasus tertinggi 762 kasus (7,6%) dalam 1 tahun terakhir, sedangkan jika dari urutan 10 terbesar penyakit di RSUD dr. Slamet Garut yang pertama CHF, yang ke 2 DM, yang ke 3 TB paru, yang ke 4 Thypoid, yang ke 5 DHF, yang ke 6 CKD, yang ke 7 PPOK, yang ke 8 Gastritis, yang ke 9 ACS, yang ke 10 Asma bronchiale, TB paru menempati urutan ke 3, dan dalam 1 tahun terakhir ini urutan pertama (Rekam medis RSUD dr. Slamet Garut, 2019).

Tanda dan gejala yang biasanya muncul pada pasien TB paru adalah demam 40-41° di sertai adanya batuk atau batuk darah, sesak nafas dan nyeri dada, malaise dan keringet malam dan biasanya suara khas pada perkusi dada, dan terdapat bunyi pada daerah dada, terdapat peningkatan sel darah putih dengan dominasi limfosit, dan biasanya pada anak berkurangnya BB 2 bulan berturut-turut tanpa sebab yang jelas atau dadal tumbuh (Nurarif & Kususma, 2015).Berbagai permasalahan yang diakibatkan TB paru dapat mempengaruhi kebutuhan dasar manusia, sehingga dapat menimbulkan berbagai masalah

keperawatan seperti ketidakefektifan bersihan jalan napas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, pola napas tidak efektif. Pemeriksaan fisik menunjukkan adanya peningkatan frekuensi napas, biasanya irama napas tidak teratur dan biasanya terdengar suara napas tambahan ronchi (Ardiyansyah, 2012). Ketidakefektifan bersihan jalan napas merupakan masalah keperawatan yang umum terjadi pada pasien TB paru (Herdeman, 2018).

Masalah keperawatan yang muncul pada pasien TB Paru di ruang Zamrud yaitu Ketidakefektifan bersihan jalan napas, pola napas tidak efektif, gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan, dan Ketidakefektifan bersihan jalan napas ini adalah masalah keperawatan yang sering muncul. (Nurarif & Kususma, 2015).

Ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah satu masalah ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau penyumbatan pada saluran pernapasan dan akan menimbulkan obstruksi saluran napas yang disebabkan oleh penumpukan sputum pada jalan napas dan biasanya akan mengakibatkan ventilasi menjadi tidak adekuat, untuk itu perlu dilakukan tindakan memobilisasi untuk mengeluarkan sputum agar proses bernapas berjalan dengan lancar. Intervensi keperawatan untuk pasien Tuberkulosis (TB paru) dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas yang bisa dilakukan untuk membersihkan sputum dengan cara batuk efektif atau fisisoterapi dada. Batuk efektif dan fisisoterapi dada dapat membantu pasien untuk mengeluarkan sputum (Maidartati, 2014). Batuk efektif merupakan kegiatan

perawat untuk membersihkan sekresi pada jalan nafas pasien. Latihan batuk efektif yang dilakukan 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 agar dahak dapat keluar, keluarkan dahak dengan bunyi “ha..ha..ha” atau “huf..huf..huf”, lakukan berulang kali sesuai kebutuhan. Bila klien mampu diulang setiap 1 sampai 2 jam. Penelitian terdahulu telah membuktikan latihan batuk efektif sangat membantu dalam pengeluaran sputum dan membantu membersihkan sekret pada jalan nafas serta mampu menangani sesak nafas pada pasien dengan tuberculosis(TB Paru) (Pranowo, 2015).

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien Tuberculosis (TB Paru) melalui penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien TB Paru dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Zamrud RSUD dr. Slamet Garut.

1.2. Rumusan masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien TB Paru dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas di ruang Zamrud RSUD dr.Slamet Garut ?

1.3. Tujuan penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Penulis dapat melaksanakan asuhan keperawatan pada klien TB Paru dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Zamrud RSUD dr.Slamet Garut secara komprehensif.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien TB Paru dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Zamrud RSUD dr.Slamet Garut.
2. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien TB Paru dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Zamrud RSUD dr.Slamet Garut.
3. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada klien TB Paru dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Zamrud RSUD dr.Slamet Garut.
4. Melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada klien TB Paru dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Zamrud RSUD dr.Slamet Garut.
5. Melakukan evaluasi dan dokumentasi pada klien TB Paru dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Zamrud RSUD dr.Slamet Garut.

1.4. Manfaat

1.4.1. Manfaat teoritis

Berupaya meningkatkan pengetahuan penulis tentang asuhan keperawatan pada klien TB Paru dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Ruang Zamrud RSUD dr.Slamet Garut.

1.4.2. Manfaat praktis

a. Bagi Perawat

Perawat dapat menentukan diagnosa keperawatan dan perawat dapat dijadikan tambahan referensi dalam memberikan tindakan asuhan keperawatan pada klien TB Paru dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas secara komprehensif.

b. Bagi Rumah Sakit

Manfaat bagi Rumah Sakit dapat digunakan sebagai acuan untuk meningkatkan mutu dan pelayanan tentang bagi pasien khususnya pada klien TB Paru dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas.

c. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil Penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu mengenai asuhan keperawatan pada klien TB Paru dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas.

d. Bagi pasien dan keluarga

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan bagi klien dan keluarga tentang penyakit TB paru dan mampu memberikan perawatan kepada klien dirumah.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep penyakit

2.1.1. Definisi

Tuberculosis (TB Paru) adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang paru-paru yang disebabkan oleh *mycobacterium Tuberculosis* (Murwani, 2011).

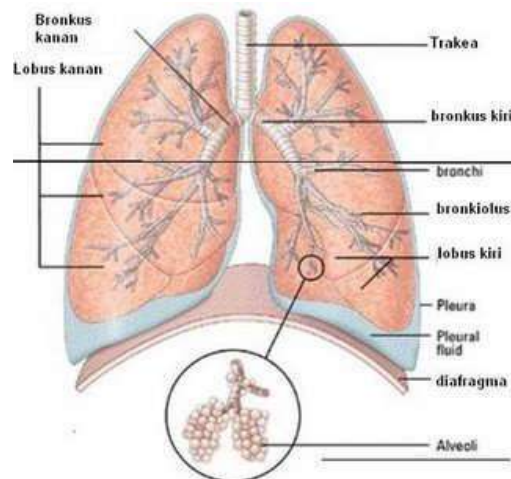
Tuberkulosis (TB) adalah penyakit infeksi menular disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang paru-paru dan jaringan yang terbuka hampir seluruh organ tubuh lainnya. Bakteri ini masuk melalui saluran pernapasan dan saluran pencernaan dan paling sering melalui inhalasi droplet yang berasal dari orang yang terinfeksi (Nurarif & Kusuma, 2015).

Tuberculosis (TB paru) adalah penyakit infeksius yang disebabkan oleh *Micobacterium tuberculosis*. Tuberculosis dapat ditularkan melalui droplet, dan menular melalui udara dihasilkan ketika orang terinfeksi batuk, bersin, dan bicara. Droplet berukuran sangat kecil dan dapat beredar di udara selama beberapa jam (Setiadi & Adi, 2019).

Tuberculosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* yang biasanya menyerang organ paru-paru tetapi dapat juga menyerang organ tubuh yang lain. Bakteri ini menular melalui udara, dengan inhalasi droplet dan menular melalui udara

dihasilkan ketika orang terinfeksi batuk, bersin, dan bicara, saluran pencernaan, atau melalui jaringan tubuh yang terbuka.

2.1.2. Anatomi dan fisiologi paru-paru



Gambar 2.1. Anatomi paru-paru

A. Anatomi paru-paru

Sistem pernapasan pada manusia adalah menghirupnya oksigen dari udara mengeluarkan karbondioksida dan uap air. Didalam proses pernapasan, oksigen merupakan zat kebutuhan utama. Oksigen untuk pernapasan diperoleh dari udara dilingkungan sekitar. Alat-alat pernapasan berfungsi memasukan udara yang mengandung oksigen dan mengeluarkan udara mengandung karbon dioksida dan uap air. Tujuan proses pernapasan adalah untuk memperoleh energy, pada proses pernapasan terjadi pelepasan energy, umumnya sistem pernapasan pada manusia mencakup dua hal, yaitu saluran pernapasan dan mekanisme pernapasan (Widia, 2015).

B. Fisiologi paru-paru

Fungsi utama dari paru-paru adalah untuk pertukaran gas antara darah dan atmosfer. Udara yang masuk paru-paru melakukan pernapasan biasa disebut udara pernapasan udara tidal, setelah kita melakukan inspirasi biasa kita masih bisa menarik napas sedalam-dalamnya udara yang dapat masuk setelah mengadakan inspirasi biasa disebut udara komplementer. Pertukaran gas tersebut bertujuan untuk menyediakan oksigen bagi jaringan dan mengeluarkan karbon dioksida, Trakea adalah pipa silinder dengan panjang ± 11 cm, berbentuk $\frac{3}{4}$ cincin tulang rawan seperti huruf C, udara masuk ke bagian trakhea lalu diteruskan ke saluran yang bernama bronkus (Widia, 2015).

Inspirasi merupakan proses aktif kontraksi otot-otot. Diafragma Selama bernafas, sehingga rongga dada membesar yang mengakibatkan tekanan dalam rongga dada menjadi lebih kecil dari tekanan diluar sehingga udara luar yang kaya oksigen masuk, sedangkan ekspirasi adalah fase relaksasi atau kembalinya otot diafragma ke posisi semula diikuti oleh turunnya tulang rusuk sehingga rongga menjadi kecil, tekanan didalam rongga dada menjadi lebih besar dibandingkan tekanan luar, sehingga udara dalam rongga dada yang kaya karbon dioksida keluar (Widia, 2015).

2.1.3. Etiologi

Penyebab tuberculosis (TB paru) adalah mycobacterium tuberculosis. Ada dua macam mikrobakteria tuberculosis yaitu tipe human dan tipe bovin. Basil tipe bovin bewrada dalam susus sapi yang menderita mastitits tuberkolosis usus, sedangkan tipe basil human bisa berada

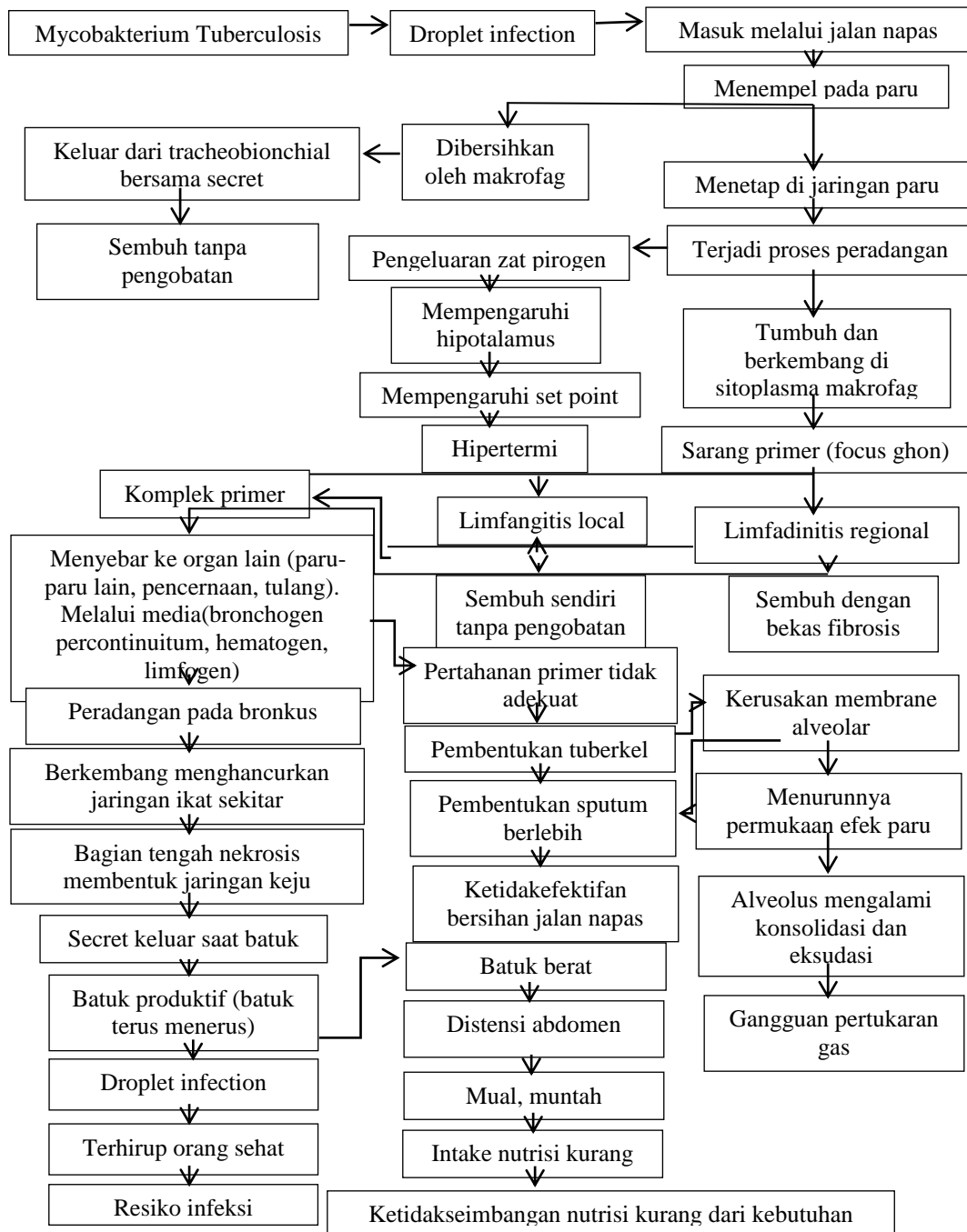
dibercak ludah (droplet) dan di udara yang berasal dari penderita tuberculosis (TB paru) dan orang yang terkena rentan terinfeksi bila menghirup (Nurarif & Kusuma, 2015).

Penyebab tuberculosis (TB paru) adalah strain mikobakteria, tuberculosis (TB paru) menyebar melalui udara kita seseorang dengan infeksi TB aktif batuk, bersin, atau menyebar melalui ludah lewat udara (droplet), gejala klasik infeksi TB aktif yaitu batuk kronis dengan bercak darah sputum atau dahak, demam, berkeringat di malam hari, dan biasanya berat badan menurun (Andareto, 2015).

2.1.4. Patofisiologi

Tempat masuk kuman *M.tuberculosis* adalah saluran pernapasan, dan mencapai alveoli atau bagian terminal saluran pernapasan maka bakteri akan ditangkap dan dihancurkan oleh makrofag yang berada di alveoli, bakteri akan ditangkap oleh makrofag yang lemah maka bakteri akan berkembang biak dalam tubuh makrofag yang lemah dan akan menghancurkan makrofag, dari proses ini akan menghasilkan bahan yang kemotaksik yang menarik monosit (makrofag) dari aliran darah membentuk tuberkel, sebelum menghancurkan bakteri makrofag dalam posisi aktif oleh limfokin yang dihasilkan limfosit T, bakteri TB menyebar melalui saluran pernapasan ke kelenjar getah bening regional (hilus) membentuk epiteloid granuloma. Granuloma mengalami nekrosis dan akan mengakibatkan timbulnya hipersensitivitas seluler terhadap bakteri TB. Hal ini terjadi sekitar 2-4 minggu dan akan terlihat pada tes tuberculin (Muttaqin, 2012).

Bagan 2.1 pathway TB paru



Nurarif & Kusuma, (2015)

2.1.5. Manifestasi Klinis

Biasanya demam 40-41° di sertai adanya batuk atau batuk darah, sesak nafas dan nyeri dada, malaise dan keringet malam dan biasanya suara khas pada perkusi dada, dan terdapat bunyi pada daerah dada, terdapat peningkatan sel darah putih dengan dominasi limfosit, dan biasanya pada anak berkurangnya BB 2 bulan berturut-turut tanpa sebab yang jelas atau dadal tumbuh (Nurarif & Kususma, 2015).

2.1.6. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan diagnostic yang dilakukan pada klien tuberculosis (TB paru)(Nurarif & Kususma, 2015) :

1. Laboratorium darah rutin: LED normal/meningkat, limfositosis
2. Pemeriksaan sputum BTA: untuk memastikan diagnostic TB paru, namun pemeriksaan ini tidak spesifik karena hanya 30-70% klien yang dapat didiagnosis berdasarkan pemeriksaan ini
3. Tes PAP (peroksidase anti peroksidase), merupakan uji serologi imunoperoxidase memakai alat histogen staining untuk menentukan adanya igG Spesifik terhadap hasil TB
4. Test mantoux/tuberculin merupakan uji serologi imunoperoxidase memakai alat histoogen staining untuk menentukan adanya igG spesifik terhaddaphasil TB
5. Tehnik polymerase chain reaction deteksi DNA kuman sexcara spesifik melalui amplifikasi dalam meskipun hanya satu mikroorganisme dalam specimen juga dapat mendeteksi adanya resistensi

6. Becton dickinston diagnostic instrument sistem (BACTEC) deteksi growth index berdasarkan co₂ yang dihasilkan dari metabolisme asam lemak oleh mikobakterium tuberculosis
7. MYCODOT deteksi anti body memakai antigen liporabinomannan yang di rekatkan pada suatu alat berbentuk seperti sisir plastic, kemudian dicelupkan dalam jumlah memadai memakai warna sisir akan berubah
8. Pemeriksaan radiologi: rontgen thoraks PA dan lateral, gambaran foto thoraks yang menunjang diagnosis T B, yaitu:
 - a) Bayangan lesi terletak dilapangan paru atas atau segment apikal lobus bawah
 - b) Bayangan berwarna (patchy) atau bercak (nodular)
 - c) Adanya kavitas, tungkal atau ganda
 - d) Kelainan dilateral terutama dilapangan atas paru
 - e) Adanya klasifikasi
 - f) Bayangan menetap pada foto ulang beberapa minggu kemudian
 - g) Bayangan millie

2.1.7. Penatalaksanaan

Menurut Nurarif & Kususma (2015), Pengobatan tuberculosis (TB paru) terbagi menjadi 2 fase yaitu fase intensif (2-3 bulan) dan fase lanjutan 4 sampai 7 bulan. Paduan obat yang digunakan terdiri dari paduan obat utama dan tambahan.

1. Obat Anti Tuberkulosis, (OAT)

- a. Jenis obat utama, Rifampisin, INH, Pirazinamid,

Streptomisin, Etambutol;

b. Kombinasi dosis tetap (fixed dose combination), kombinasi dosis tetap ini terdiri dari rifampisin, isoniazid, pirazinamid,

c. Jenis obat tambahan

1. Kinamisin

2. Kuinolon

3. Adapun obat lain yang masih dalam penelitian: makrolid, amoksilin + asam klavulanat

4. Derivat rifampisin dan INH

2. Paduan obat anti tuberculosis

a. Pengobatan fase lanjutan bila diperlukan dapat diberikan selama 7 bulan, dengan paduan 2RHZE/ 7 RH, dan alternative 2RHZE/ 7R3H3

b. Pada TB paru kasus kambuh minimal menggunakan 4 macam OAT pada fase intensif selama 3 bulan (bila ada hasil uji resistensi dapat diberikan obat sesuai hasil uji resistensi). Lama pengobatan fase lanjut selama 6 bulan atau lebih lama dari pengobatan sebelumnya sehingga paduan obat yang diberikan : 3RHZE / 6 RH bila tidak ada / tidak dilakukan uji resistensi maka alternative paduan diberikan obat : 2 RHZE/1 RHZE/5 R3H3E3 (program P2TB)

2.1.8. Komplikasi

Penyakit tuberculosis (TB paru) dapat menimbulkan kelainan

hematologi kelainan pada TB paru ini sangat bervariasi dan kompleks, kelainan-kelainan hematologis ini merupakan pertanda diagnosis atau petunjuk adanya komplikasi atau seperti komplikasi obat-obatan anti tuberculosis. Tuberculosis (TB paru) tidak hanya menyerang paru-paru, namun dapat menyerang berbagai tempat seperti Anemia, hiponatremia, leukositosis, abnormalitas fungsi hepar, hipokalsemia, dan peningkatan sedimen eritrosit (Suhartati, 2015)

2.1.9. Pencegahan

Pencegahan untuk penderita TB paru Memberikan penerangan pada penderita untuk selalu menjaga kuman bakteri dari diri sendiri, untuk pengobatannya biasanya membutuhkan waktu lama sampai beberapa minggu sampai penyakit tuberculosis (TB paru) sudah bersifat tidak menular lagi. Sedangkan tindakan pencegahan untuk orang yang belum terinfeksi pastikan selalu mengurangi kontak dengan penderita tuberculosis (TB paru), selalu menjaga pola hidup yang baik caranya bisa mengonsumsi makanan yang bergizi tinggi, selalu menjaga lingkungan selalu sehat baik di rumah maupun di luar rumah dan selalu menjaga kebugaran tubuh dengan cara olahraga, untuk semua balita secara rutin harus diberikan vaksin BCG, tujuannya untuk mencegah terjadinya kasus infeksi tuberculosis (TB paru) yang lebih berat (Andareto, 2015).

2.1.10. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas yaitu ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten (Herdman, 2016).

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernapasan untuk mempertahankan jalan nafas (Kusuma, 2015)

2.1.11. Batuk efektif

Batuk efektif adalah suatu teknik untuk membersihkan sekresi pada jalan nafas, yang berfungsi untuk meningkatkan mobilisasi sekresi bahwa batuk efektif sangat efektif dalam mengeluarkan sputum dan membantu membersihkan sekret pada jalan nafas dan mampu mengatasi sesak nafas. , indikasi batuk efektif yaitu, tarik nafas dalam 4-5 kali pada tarikan nafas dalam yang terakhir, nafas ditahan selama 1-2 detik angkat bahu dan dada di longgarkan serta dibatukan dengan kuat dan spontan keluarkan dahak dengan bunyi “ ha..ha..ha “ atau “ huf..huf..huff “ lakukan berulang kali sesuai kebutuhan (Pranowo, 2012).

2.2. Konsep asuhan keperawatan

2.2.1. Pengkajian

Menurut Muttaqin (2012), data-data yang perlu dikaji pada asuhan dengan tuberkulosis paru adalah sebagai berikut :

1. Identitas Klien

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

2. Riwayat kesehatan

Keluhan yang sering muncul pada klien TB paru diantaranya mengalami, batuk, atau batuk berdahak, sesak napas, nyeri dada, dan penurunan nafsu makan hingga penurunan berat badan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Pengkajian ini dilakukan untuk mendukung keluhan utama apabila keluhan utama adalah batuk maka perawat harus menanyakan sudah berapa lama keluhan batuk muncul

b) Riwayat kesehatan sebelumnya

Pengkajian klien dengan TB paru untuk mendukung pengkajian yang lain adalah mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita TB paru atau penyakit lain yang memperberat TB paru.

c) Riwayat kesehatan keluarga

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

d) Riwayat sosial ekonomi

Mengetahui apakah klien sering berkumpul dengan orang-orang di lingkungan atau tempat tinggalnya padat penduduk dan kumuh, karena

kebanyakan orang terkena TB paru berasal dari lingkungan yang padat dan kumuh.

e) Riwayat psikologi

Bagaimana klien menghadapi penyakitnya saat ini, apakah klien dapat menerima, karena pada klien dengan TB paru kemungkinan terjadi perubahan tingkah laku seperti harga diri rendah, malu, khawatir, akibat merasa dijauhi atau dikucilkan

3. Pola aktivitas

Mengkaji mengenai pola aktivitas klien antara sebelum sakit dan sesudah sakit meliputi nutrisi, eliminasi, personal hygiene, istirahat tidur, dan aktivitas sehari-hari

4. Pemeriksaan fisik

a) Keadaan umum

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 fisik dilakukan dengan cara pemeriksaan fisik sistem.

Pada klien dengan gangguan sistem pernapasan TB paru akan didapatkan hasil pemeriksaan fisik sebagai berikut :

1) Sistem kardiovaskuler

Biasanya heart rate meningkat lemah, penurunan tekanan darah, kemungkinan peningkatan JPV, sianosis perifer, biasanya konjungtiva pucat.

2) Sistem pernapasan

Nilai ukuran dan kesimetrisan hidung, pernapasan cuping hidung, deformitas, warna mukosa, edema, nyeri tekan pada sinus, nilai dan ukuran kesimetrisan dada, adanya nyeri, ekspansi paru, pola pernapasan, penggunaan otot pernapasan tambahan, sianosis, bunyi napas dan frekuensi napas

3) Sistem pencernaan

Kaji adanya lesi pada bibir, kelembaban mukosa, nyeri stomatitis, keluhan pada saat mengunyah. Amati bentuk abdomen, lesi, nyeri tekan, adanya massa, bising usus. Biasanya ditemukan keluhan mual, anoreksia, palpasi pada hepar dan limpa biasanya mengalami pembesaran jika terjadi komplikasi

4) Sistem perkemihan

Kaji apakah ada keluhan, biasanya ditemukan urine berwarna kemerahan sebagai efek samping obat TB paru.

5) Sistem muskuloskeletal

Kaji adanya mobilitas kekuatan otot dan gangguan-gangguan pada daerah tertentu, mengamati kekuatan otot dengan member penahanan pada anggota gerak

6) Sistem endokrin

Kaji adanya pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar tiroid, apakah terdapat benjolan ataupun pembengkakan

7) Sistem persyarafan

Kaji tingkat kesadaran, penurunan sensori, nyeri, refleks, fungsi syaraf kranial dan fungsi syaraf serebral

8) Sistem integument

Kaji keadaan kulit meliputi tekstur, kelembaban, turgor, warna dan fungsi perabaan, kaji perubahan suhu tubuh

5. Data psikologis

1) Status emosi

Kaji emosi klien karena proses penyakit yang tidak diketahui /tidak pernah di beri tahu sebelumnya.

2) Kosep diri

Penilaian individu tentang nilai personal yang diperoleh dengan memeriksa seberapa baik perilaku seseorang sesuai ideal diri.

3) Gaya komunikasi

Kaji cara klien berbicara, cara memberikan informasi, penolakan untuk respon, komunikasi nonverbal, kecocokan bahasa verbal dan nonverbal

4) Pola koping

Merupakan suatu cara bagaimana klien untuk mengurangi atau menghilangkan masalah yang dihadapi.

6. Data spiritual

Keyakinan terhadap tuhan yang Maha Esa, harapan terhadap kesembuhan serta kegiatan spiritual yang dilakukan saat ini.

7. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium darah lengkap, pemeriksaan sputum BTA, pemeriksaan radiologi foto thorax

8. Terapi pengobatan

Obat Anti Tuberkulosis (OAT) seperti isoniazid (INH), ethambutol, rifampisin, streptomisin (Nurarif dan Kusuma, 2015).

9. Analisa data

Analisa data adalah kemampuan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori, dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah kesehatan pada klien (Evania, 2013).

2.2.2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis tentang respons manusia terhadap gangguan kesehatan atau proses kehidupan (Nurarif dan Kusuma, 2015) pasien dengan TB Paru, yaitu:

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas dengan mucus berlebih
2. Gangguan pertukaran gas yang berhubungan dengan perubahan membrane alveolar-kapiler
3. Hipertermia berhubungan dengan inflamasi
4. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan intake nutrisi

5. Resiko infeksi berhubungan dengan droplet infection

2.2.3. Perencanaan

Perencanaan adalah proses mendefinisikan tujuan organisasi, membuat strategi untuk mencapai tujuan itu dan mengembangkan rencana aktivitas kerja organisasi dan memberi jawaban atas pertanyaan-pertanyaan apa, mengapa (Feriyanto dan Triana 2015)

Berikut ini adalah perencanaan tindakan asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan pada klien TB paru (Nurarif& Kususma, 2015)

1. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas

Tabel 2.1 Intervensi Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakefektifan bersihan jalan napas	NOC a. Respiratory status : Ventilation b. Respiratory Status : Airway patency	NIC 1. Auskultasi suara napas sebelum dan sesudah suctioning	Doenges & muttqin 1. Pengeluaran sulit jika secret terlalu kental maka perlu dilakukan suction
Definisi : Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dan saluran pernapasan untuk mempertahankan kebersihan jalan napas.	Kriteria Hasil : a. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara napas bersih, tidak ada sianosis dan dispneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah, tidak ada pursed lips).	2. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning	2. Penurunan bunyi napas dan menunjukkan atelectasis ronkhi, wheezing, menunjukkan akumulasi secret/ketidakmampuan untuk membersihkan
Batasan			

karakteristik :	b. Menunjukkan jalan	jalan napas yang
1. Tidak ada napas yang paten batuk	(klien tidak merasa	dapat menimbulkan
2. Suara napas tambahan	tercekik, irama napas, frekuensi napas	penggunaan otot aksesori
3. Perubahan frekuensi napas	dalam rentang normal, tidak ada suara napas	pernapasan dan peningkatan kerja pernapasan
4. Perubahan irama napas	abnormal)	
5. Sianosis	c. Mampu mengidentifikasi	3. Penjelasan terkait tindakan yang akan dilakukan agar klien dan keluarga mengetahui prosedur tindakan dan tujuannya
6. Kesulitan berbicara atau mengeluarkan suara	dan mencegah faktor yang menghambat jalan napas.	
7. Penurunan bunyi napas		
8. Dipsneu		4. Merupakan prosedur awal sebelum dilakukannya suction agar klien mampu menahan napas ketika suction dilakukan
9. Sputum dalam jumlah berlebihan		
10. Batuk yang tidak efektif		
11. Orthopneu		
12. Gelisah		
13. Mata terbuka lebar		
Faktor yang berhubungan :		
1. Lingkungan (perokok pasif, menghisap asap, merokok)	5. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan	5. Memenuhi kebutuhan oksigen ketika suction dilakukan/mencegah klien kekurangan oksigen
2. Obstruksi jalan nafas (spasme jalan napas,	6. Anjurkan pasien	6. Meminimalisir

<p>mokus dalam jumlah berlebihan, eksudat dalam jalan alveoli, materi asing dalam jalan napas, adanya jalan nafas buatan, sekresi bertahan/sisa sekresi, sekresi dalam bronki).</p>	<p>untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari naso trakeal</p>	<p>masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh klien</p>
<p>3. Fisiologis (jalan napas alergik, asma, penyakit paru obstruktif kronik, hiperplasi dinding bronkial, infeksi, disfungsi neuromuscular)</p>	<p>7. Monitor status oksigen pasien</p>	<p>7. Nafas dalam memungkinkan ekspansi paru maksimal dan penekanan kuat untuk batuk dan pengeluaran sumbatan</p>
	<p>8. Ajarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction</p>	<p>8. Pastikan terapi oksigenasi tetap terpasang untuk mempertahankan pemberian terapi oksigen</p>
	<p>9. Hentikan suction dan berikan oksigen bila pasien menunjukkan bradikardi, atau peningkatan saturasi O₂, dll.</p>	<p>9. Pasien dalam kondisi sesak cenderung bernapas melalui mulut, penumpukan secret jika tidak ditindaklanjuti maka mengakibatkan sumbatan pada jalan napas</p>
<p>Airway Management</p>		<p>10. Tindakan suction dilakukan jika diperlukan, maka</p>
<p>10. Buka jalan napas, gunakan teknik chin lift atau jaw</p>		

	thrust bila perlu	hentikan tindakan jika tidak ada tanda-tanda sumbatan jalan napas
11.	Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	11. Teknik membuka jalan napas dilakukan jika jalan napas klien tertutup atau adanya sumbatan
12.	Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan napas buatan. Pasang mayo bila perlu	12. Posisi ini membiarkan paru-paru berkembang secara maksimal
13.	Lakukan fisioterapi dada jika perlu. Keluarkan secret dengan batuk atau suction	13. Jika semua tindakan pembebasan jalan napas tidak berhasil dilakukan maka pemasangan alat jalan napas buatan efektif untuk pembebasan jalan napas
14.	Auskultasi suara napas, catat adanya suara tambahan	14. Pengeluaran secret perlu adanya perangsang atau dorongan, untuk itu tindakan batuk efektif, suction,

		dan fisioterapi dada adalah tindakan untuk mempermudah pengeluaran secret
15.Lakukan suction pada mayo	15. Penurunan bunyi napas dan menunjukkan atelectasis ronkhi, mengi, menunjukkan akumulasi secret/ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot aksesori pernapasan dan peningkatan kerja pernapasan	
16.Berikan bronkodilator bila perlu	16. Jika klien terpasang alat bantu pembebasan jalan napas maka tindakan suctioning dilakukan pada alat bantu atau mayo	
17.Berikan pelembab udara kassa basah	17. Jika diperlukan klien dibantu	

NaCl lembab	dengan brikkhodilator untuk membantu proses pernapasan
18. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan	18. Mencegah terjadinya iritasi
19. Monitor repirasi dan status O ₂ .	19. Cairan tubuh akan banyak dikeluarkan melalui proses pernapasan untuk itu diperlukan cairan untuk mengoptimalkan kebutuhan cairan di dalam tubuh

(Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015)

2. Gangguan pertukaran gas

Tabel 2.2 Intervensi Gangguan Pertukaran Gas

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Gangguan pertukaran gas. Definisi : kelebihan atau defisit pada oksigenasi dan / atau eliminasi	NOC : a. Respiratory status : Gas exchange. b. Respiratory status : Ventilation. c. Vital sign status.	NIC Airway management 1. Buka jalan napas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu	1. Teknik membuka jalan napas jika jalan napas klien tertutup atau adanya sumbatan

karbokdioksida pada membran alveolar-kapiler.	Kriteria hasil :		
	a. Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigenasi yang adekuat	2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi	2. Posisi ini membiarkan paru-paru berkembang secara maksimal
Batasan Karakteristik :	b. Memelihara kebersihan paru-paru bebas dari tanda-tanda distress pernapasan.	3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan napas buatan. Pasang mayo bila perlu	3. Jika semua tindakan pembebasan jalan napas tidak berhasil dilakukan maka pemasangan alat jalan napas buatan efektif untuk pembebasan jalan napas
1. pH darah arteri abnormal.			
2. pH arteri abnormal			
3. Pernapasan abnormal (misalkan: kecepatan, irama, kedalaman)	c. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara napas yang bersih, tidak ada sianosis dan dypneu (mampu mengelaarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah, tidak ada pursed lips).		
4. warna kulit abnormal (misal : pucat, kehitaman)	d. Tanda-tanda vital dalam rentang normal.	4. Lakukan fisioterapi dada bila perlu. Keluarkan sekret dengan batuk	4. Pengeluaran secret perlu adanya perangsang atau dorongan, untuk itu tindakan batuk efektif dan fisioterapi dada adalah tindakan untuk mempermudah pengeluaran secret
5. konfusi			
6. sianosis (pda neonatus saja).			
7. Penurunan karbokdioksida.			
8. Diaforesis			
9. Dipsnea.			
10. Sakit kepala saat bangun.			
11. Hiperkapnia.			
12. Hipoksemia.			
13. Hipoksia.			
14. Iritabilitas.			
15. Napas cuping hidung.			
16. Gelisah.			
17. Samnolen.			
18. Takikardi		5. Auskultasi suara	5. Penurunan bunyi

19. Gangguan penglihatan.	napas, catat adanya suara tambahan.	napas dan menunjukkan atelectasis ronchi, mengi, menunjukkan akumulasi secret/ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot aksesori pernapasan dan peningkatan kerja pernapasan
Faktor yangberhungan :		
1. Perubahan membran alveolar-kapiler. 2. Ventilasi perfusi.		
	6. Lakukan suction pada mayo	6. Jika klien terpasang alat bantu pembebasan jalan napas maka tindakan suctioning dilakukan pada alat bantu atau pada mayo
	7. Berikan bronkodilator bila perlu	7. Jika diperlukan klien dibantu dengan bronchodilator untuk membantu proses pernapasan

-
- | | |
|---|--|
| 8. Berikan pelembab udara kassa basah NaCl lembab | 8. Mencegah terjadinya iritasi |
| 9. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan | 9. Cairan tubuh akan banyak dikeluarkan melalui proses pernapasan untuk itu diperlukan cairan untuk mengoptimalkan kebutuhan cairan didalam tubuh |
| 10. Monitor respirasi dan O ₂ | 10. Monitoring dilakukan untuk mengetahui perubahan status pernapasan setelah dilakukan tindakan pengefektifan bersihan jalan napas dan pembebasan jalan napas |

**Respiratory
monitoring**

- | | |
|--|--|
| 11. Monitor rata-rata, kedalaman, irama dan usaha respirasi. Catat pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot tambahan, retraksi | 11. Adanya perubahan fungsi pernapasan dan penggunaan otot tambahan menandakan kondisi penyakit yang berada pada |
|--|--|
-

	otot supraviaicular dan intercostal.		proses penanganan penuh
12. Monitor	suara napas, dengkur	12. Bunyi	napas mengi, menunjukkan akumulasi secret/ketidama mpuan untuk membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot aksesori pernapasan dan peningkatan kerja pernapasan
13. Monitor pola napas	bradipnea, takipnea, kussmaul, hiperventilasi, cheyne stokes, biot	13. TB	paru menyebabkan efek luas pada paru dan bagian kecil bronchopnemonia sampai inflamasi difus luas, nekrosis, effusi pleura, dan fibrosis luas. Efek permapasam dari ringan sampai dispneu berat sampai distress

pernapasan

14. Auskultasi suara napas, catat area penurunan / tidak adanya ventilasi dan suara tambahan
- 14.** Penurunan bunyi napas dan menunjukkan atelectasis ronchi, mengi, menunjukkan akumulasi secret/ketidakmampuan untuk membersihkan jalan napas yang dapat menimbulkan penggunaan otot aksesori pernapasan dan peningkatan kerja pernapasan

15. Tentukan kebutuhan suction dengan mengauskultasi crackles dan ronchi pada jalan napas utama
- 15.** Ketika ditemukan suara napas tambahan seperti ronchi dan crackles maka ditemukan adanya sumbatan pada jalan napas seperti secret, maka perlu dilakukan suction untuk mengupayakan pembersihan jalan napas
-

16. Auskultasi paru tindakan mengetahui hasilnya	suara setelah tindakan mengetahui dilakukannya	16. Mengetahui status pernapasan setelah dilakukannya tindakan
--	--	--

(Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015)

3. Hipertermi berhubungan reaksi inflamasi

Tabel 2.4 Intervensi Hipertermia

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Hipertermia</p> <p>Definisi : peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konvulsi 2. Kulit kemerahan 3. Peningkatan suhu tubuh diatas kisaran normal 4. Kejang 5. Takipneu 6. Kulit terasa hangat <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anastasia 2. Penurunan respirasi 3. Dehidrasi 4. Pemajanan lingkungan yang panas 5. Penyakit 6. Pemakaian pakaian yang tidak sesuai dengan suhu lingkungan 7. Peningkatan laju 	<p>NOC Termoregulation</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Suhu tubuh dalam rentang normal b. Nadi dan RR dalam rentang normal c. Tidak ada perubahan warna kulit dan tidak ada pusing 	<p>NIC Fever Treatment</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor suhu sesering mungkin 2. Monitor warna dan suhu kulit 3. Monitor tekanan darah, nadi, dan RR 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada pasien TB paru akan mengalami perubahan suhu tubuh yang tidak teratur, untuk itu perlu adanya pemeriksaan berkala monitoring suhu tubuh 2. Pada pasien yang mengalami hipertermi ditemukan adanya perubahan warna kulit seperti menjadi kemerahan akibat perubahan suhu, akral akan teraba hangat/panas 3. Mengetahui perubahan tanda-tanda vital 4. Mengetahui perubahan tingkat kesadaran klien dan mencegah terjadinya

metabolisme		penurunan kesadaran yang tidak diketahui, untuk segera dilakukannya tindakan penanganan penurunan kesadaran
8. Medikasi		
9. Rauma		
10. Aktivitas berlebih		
	5. Monitor WBC, Hb, dan Hct	5. Pada pemeriksaan darah akan ditemukan adanya peningkatan, dikarenakan adanya proses inflamasi didalam tubuh
	6. Monitor intake dan output	6. Mengetahui dan mempertahankan keseimbangan kebutuhan cairan dalam tubuh
	7. Berikan antipiretik	7. Merupakan tindakan kolaborasi untuk proses penurunan suhu tubuh
	8. Selimuti pasien	8. Mencegah hipotermi atau kehilangan suhu tubuh
	9. Kolaborasi pemberian cairan intravena	9. Pada saat suhu tubuh meningkat, cairan tubuh akan banyak dikeluarkan, untuk itu perlu adanya tindakan memaksimalkan kebutuhan cairan tubuh
	10. Kompres pasien pada lipatan paha dan aksila	10. Membantu proses penurunan suhu tubuh
	11. Tingkatkan sirkulasi udara	11. Pada saat tubuh mengalami peningkatan suhu

perlu adanya sirkulasi udara agar suhu tubuh kembali normal

12. Berikan pengobatan untuk mencegah terjadinya menggigil
12. Segera lakukan kolaborasi pemberian obat untuk mencegah klien mengalami menggigil

Temperatureregulasi on

13. Monitor suhu minimal tiap 2 jam. Rencanakan monitoring suhu secara continue
13. Pada pasien TB paru akan mengalami perubahan suhu yang tidak teratur, untuk itu perlu adanya pemeriksaan berkala monitoring suhu tubuh

14. Monitor tekanan darah, nadi, dan RR
14. Akan terjadi perubahan tanda-tanda vital seperti peningkatan tekanan darah, peningkatan respirasi pernapasan, dan peningkatan nadi

15. Monitor warna dan suhu kulit
15. Pada pasien yang mengalami hipertermi akan ditemukan adanya perubahan warna kulit seperti kemerahan akibat perubahan suhu, akral akan teraba hangat/panas

16. Monitor tanda-tanda hipertermi dan hipotermi
16. Walaupun klien mengalami hipertermi maka perlu diperhatikan dalam
-

-
- penanganannya, untuk menghindari kehilangan suhu tubuh berlebih dan terjadi hipotermi
17. Selimuti pasien untuk mencegah hilangnya kehangatan tubuh 17. Mencegah hipotermi
18. Ajarkan pasien pada cara mencegah kelelahan akibat panas 18. Upayakan pasien tetap tenang, pada pasien hipertermi sering kali mengalami menggigil, hal tersebut yang akan membuat pasien kehilangan energy
19. Diskusikan tentang pentingnya pengaturan suhu dan kemungkinan efek negatif dari kedinginan 19. Perlu diperhatikan bahwa penanganan peningkatan suhu tubuh juga memperhatikan terjadinya kehilangan suhu tubuh berlebih
20. Ajarkan indikasi dari hipotermi dan penanganan emergency yang diperlukan 20. Penanganan hipertermi dan hipotermi akan jauh berbeda, untuk itu perlu di informasikan kepada keluarga terkait penanganannya
21. Berikan antipiretik jika perlu 21. Penurun suhu tubuh
- Vital sign Monitoring**
22. Monitoring tekanan darah, nadi, suhu, dan RR 22. Mengetahui perubahan tanda-tanda vital
23. Monitoring VS saat pasien berbaring, 23. Mengetahui adanya perubahan
-

	duduk, atau berdiri	tanda-tanda vital saat klien beraktivitas
24.	Auskultasi tekanan darah pada kedua lengan dan bandingkan	24. Mengetahui apakah adanya perbedaan hasil pemeriksaan tekanan darah pada lengan kiri atau kanan
25.	Monitor tekanan darah, nadi, RR, sebelum, selama, dan setelah aktivitas	25. Mengetahui adanya perubahan tanda-tanda vital klien beraktivitas
26.	Monitor pola pernapasan abnormal	26. Pada saat pasien hipertermi mengalami menggigil akan terjadi perubahan pola pernapasan
27.	Monitor suhu, warna, dan kelembaban kulit	27. Pada saat terjadi peningkatan suhu tubuh maka produksi keringat akan lebih dari biasanya karena terjadi penguapan kulit akan menjadi lebih lembab
28.	Monitor sianosis perifer	28. Menghindari terjadi sianosis
29.	Monitor adanya cushing triad (tekanan nadi yang melebar, bradikardi, peningkatan sistolik)	29. Pada saat monitoring VS akan diketahui perubahan pada cushing triad
30.	Identifikasi penyebab perubahan vital sign	30. Untuk mengetahui tindakan yang akan dilakukan dalam penanganan perubahan vital

sign

(Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015)

4. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan berhubungan dengan ketidakadekuatan intake nutrisi, dyspneu

Tabel 2.4 Intervensi Ketidakseimbangan nutrisi tubuh

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh Definisi :Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolic Batasan karakteristik : 1. Kram abdomen 2. Nyeri abdomen 3. Menghindari makanan 4. Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal 5. Kerapuhan kapiler 6. Diare 7. Kehilangan rambut berlebih 8. Bising usus hiperaktif	NOC a. Nutritional Status : Food and fluid b. Intake c. Nutritional Status : Nutrient intake d. Weight control Kriteria Hasil : a. Adanya peningkatan berat badan sesuai dengan tujuan b. Berat badan ideal sesuai dengan tinggi badan c. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi d. Tidak ada tanda-tanda malnutrisi e. Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dan menelan f. Tidak terjadi	NIC Nutrition Management 1. Kaji adanya alergi makanan 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C, dan berikan substansi gula	1. Mengindari terjadinya alergi 2. Pemenuhan kebutuhan nutrisi sesuai yang diperlukan tubuh klien 3. Memenuhi kebutuhan zat besi dalam tubuh 4. Sebagai pertahanan tubuh, meningkatkan sistem pertahanan tubuh klien dan peningkatan energi

9. Kurang makanan	penurunan berat		
10. Kurang informasi	badan yang berarti.	5. Yakinkan diet yang	5. Melancarkan pola
11. Kurang minat		dimakan	eliminasi dan
pada makanan		mengandung tinggi	meningkatkan
12. Penurunan berat		serat	proses
badan dengan			pencernaan
asupan makanan			makanan untuk
adekuat			mencegah
13. Kesalahan			konstipasi
konsepsi			
14. Kesalahan		6. Berikan makanan	6. Memberikan
informasi		yang terpilih	asupan nutrisi
15. Membrane		(sudah	yang aman untuk
mukosa pucat		dikonsultasikan	klien dan sesuai
16. Ketidakmampuan		dengan ahli gizi)	dengan
memakan			kebutuhan tubuh
makanan			klien
17. Tonus otot		7. Ajarkan pasien	7. Klien mengetahui
menurun		bagaimana	pentingnya
18. Mengeluh		membuat catatan	pemenuhan
gangguan sensasi		makanan harian	kebutuhan nutrisi
rasa			untuk dirinya
19. Mengeluh asupan			
makanan kurang			
dari RDA		8. Monitor jumlah	8. Nutrisi yang
(Recommended		nutrisi dan	masuk sesuai
Daily Allowance)		kandungan kalori	kebutuhan nutrisi
20. Cepat kenyang			yang diperlukan
setelah makan			
21. Sariawan rongga		9. Berikan informasi	9. Memotivasi klien
mulut		tentang kebutuhan	untuk
22. Steatorea		nutrisi	meningkatkan
23. Kelemahan otot			kesadarannya
pengunyah			dalam
24. Kelemahan otot			pemenuhan
menelan			nutrisi

Faktor yang berhubungan :

1. Faktor biologis
2. Faktor ekonomi
3. Ketidakmampuan untuk mengabsorpsi nutrient
4. Ketidakmampuan untuk mencerna makanan
5. Ketidakmampuan menelan makanan
6. Faktor psikologis

Nutrition Monitoring

10. BB Pasien dalam batas normal
 10. Mempertahankan BB klien
 11. Monitor adanya penurunan berat badan
 11. Jika terjadi perlu adanya proses menaikkan BB
 12. Monitor lingkungan selama makan
 12. Menciptakan lingkungan yang nyaman untuk meningkatkan selesa makan klien
 13. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan
 13. Menghindari terganggunya klien saat sedang makan
 14. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi, monitor turgor kulit, kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah
 14. Pada pasien dengan ketidakseimbangan nutrisi akan terjadi perubahan kulit, turgor kulit, dan perubahan pada integumen lainnya akibat kurangnya pemenuhan nutrisi tubuh
 15. Monitor mual dan muntah
 15. Mengatasi perubahan nafsu
-

			makan klien akibat mual dan muntah
16. Monitor kadar albumin, protein, Hb, dan kadar Ht	total dan	16. Untuk selanjutnya dikonsultasikan kepada ahli gizi dalam pemenuhan zat-zat yang dibutuhkan tubuh	
17. Monitor pertumbuhan dan perkembangan	dan	17. Biasanya dilakukan pada pasien anak untuk mengetahui kebutuhan nutrisi	
18. Monitor kemerahan, kekeringan jaringan konjungtiva	pucat, dan	18. Pada klien kekurangan asupan nutrisi akan jelas terlihat perubahannya pada konjungtiva	

(Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015)

5. Resiko infeksi berhubungan dengan droplet infection

Tabel 2.5 Intervensi Resiko Infeksi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Resiko Infeksi	NOC	NIC	
	a. Immune status	Infection control	
Definisi :Mengalami peningkatan resiko terserang organisme	b. Knowledge infection control	: 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai	1. Menghindari terjadinya penularan yang
	c. Risk control		

patogenik		pasien lain	berasal dari pasien lain
	Kriteria Hasil :		
Batasan karakteristik :	a. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi	2. Pertahankan teknik isolasi. Batasi pengunjung bila perlu	2. Mencegah mikroorganisme lain masuk kedalam tubuh dan mencegah penularan mikroorganisme dari tubuh klien menular kepada orang lain.
1. Penyaki kronis (DM, Obesitas)	b. Mendeskripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penatalaksanaanya	3. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung meninggalkan pasien	3. Mencuci tangan adalah salah satu tindakan untuk mencegah terjadinya penularan
2. Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pemajanan patogen	c. Menunjukkan kemampuan unuk mencegah timbulnya infeksi	4. Gunakan sabun antimikroba untuk cuci tangan	4. Menggunakan sabun antimikroba lebih meningkatkan terbunuhnya mikroba saat mencuci tangan
3. Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat (gangguan peristaltic, kerusakan integritas kulit : pemasangan kateter intravena, prosedur invasive, perubahan sekresi pH penurunan kerja siliaris, ketuban pecah dini, pecah ketuban lama, merokok, statis cairan tubuh, trauma jaringan : trauma destruksi jaringan)	d. Jumlah leukosit dalam batas normal	5. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan	5. Menghindari membawa mikroorganisme lain dari luar dan menghindari penularan mikroorganisme dari klien
4. Ketidakadekuatan pertahanan sekunder (penurunan	e. Menunjukkan perilaku hidup sehat		

<p>hemoglobin, imunosupresi : misalnya imunitas didapat tidak adekuat, agen farmaseutikal termasuk imunosupresan, steroid, antibody monoclonal, imunomodulator, sepresi respon inflamasi)</p> <p>5. Vaksinasi tidak adekuat</p> <p>6. Pemajanan terhadap pathogen</p> <p>7. Lingkungan meningkat (wabah)</p> <p>8. Prosedur invasive</p> <p>9. Malnutrisi</p>	<p>6. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung</p> <p>7. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat</p> <p>8. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum</p> <p>9. Gunakan kateter intermitten untuk menurunkan infeksi kandung kencing</p> <p>10. Tingkatkan intake nutrisi</p>	<p>6. Upaya perlindungan diri dari tertularnya mikroorganisme dari klien</p> <p>7. Mencegah klien terinfeksi mikroorganisme lain</p> <p>8. Menghindari peningkatan pertumbuhan mikroorganisme, dan mencegah masuknya mikroorganisme kedalam tubuh melalui jaringan perifer tersebut</p> <p>9. Menghindari terjadinya infeksi pada genitalia dan kandung kemih/kencing</p> <p>10. Sebagai perlawanan mikroorganisme, dilakukannya upaya peningkatan sistem pertahanan tubuh, seperti meningkatkan asupan gizi yang</p>
---	---	---

 seimbang

11. Berikan terapi antibiotic bila perlu
11. Sebagai antimikroba didalam tubuh klien untuk membunuh mikroorganisme didalam tubuh dan membuat pertahanan tubuh

Infection protection

12. Monitor tanda dan gejala infeksi sisttemik dan local
12. Mengetahui jenis infeksi yang dialami klien
13. Monitor kerentangan terhadap infeksi
13. Untuk mengupayakan mempertahankan kondisi klien terhadap penularan infeksi
14. Batasi pengunjung
14. Menurunkan resiko pengunjung tertular/membawa mikroorganisme lain dari luar
15. Berikan perawatan kulit dan membrane mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase.
15. Keadaan kulit yang lembab/terdapat jaringan terbuka akan meningkatkan masuknya mikroorganisme
-

Inspeksi kondisi lika/insisi bedah	melalui jaringan terbuka, hal itu pemicu terjadinya resiko infeksi
16. Instruksikan pasien untuk minum antibiotiknya sesuai resep	16. Beberapa antibiotic perlu diminum secara berkala dan sesuai anjuran dokter untuk mengupayakan mikroorganisme didalam tubuh benar-benar dimatikan
17. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi	17. Mengupayakan penanganan segera jika ada keluarga yang terinfeksi
18. Ajarkan cara menghindari infeksi	18. Mencegah terjadinya penularan
19. Laporkan kecurigaan infeksi	19. Meningkatkan penangan segera untuk mencegah penyebaran infeksi

(Sumber : Nurarif dan Kusuma, 2015)

2.2.4. Implementasi

Pelaksanaan implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimulai setelah perawat menyusun rencana keperawatan.

Perencanaan keperawatan yang telah disusun berdasarkan diagnose keperawatan yang tepat, intervensi yang diharapkan dapat mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan untuk meningkatkan status kesehatan klien (Herdarsih, 2016).

2.2.5. Evaluasi

Evaluasi adalah proses keperawatan yang sering digambarkan sebagai proses tahap akhir, dalam kenyataannya akan kembali kelangkah-langkah dalam proses. Perawat akan bergerak antara pengkajian dan diagnosis keperawatan, yaitu sebagai data tambahan dikumpulkan dan dikelompokkan kedalam sesuatu yang bermakna. Evaluasi akhirnya harus terjadi pada setiap proses keperawatan, dan rencana perawatan yang telah dilakukan, pada tahap evaluasi perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnose keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaan tercapai(Herdman,2018)