

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Terapi Suction

2.1.1 Pengertian Terapi Suction

Suction adalah suatu tindakan untuk membersihkan jalan nafas dengan memakai kateter penghisap melalui nasotrakeal tube (NTT), orotracheal tube (OTT), tracheostomy tube (TT) pada saluran pernafasan bagian atas (Kemenkes, 2022). Suction merupakan salah satu prosedur yang dilakukan untuk mempertahankan kebersihan dan kepatenan jalan nafas dengan cara mengeluarkan sekret dari hidung, trakea, ataupun mulut (Elysyah & Fridalni, 2024).

Tindakan suction merupakan implementasi utama untuk pasien yang tidak mampu mengeluarkan sekret atau lender terhadap kebersihan jalan nafas dan memenuhi kebutuhan oksigen, apabila tindakan suction tidak dilakukan dengan gangguan bersihan jalan nafas, maka pasien tersebut akan mengalami kekurangan suplai oksigen (Hipoksemia) (Wulan & Huda, 2022).

2.1.2 Tujuan Terapi Suction

Menurut Kemenkes (2022), tujuan tindakan suction adalah untuk membersihkan sekret dari saluran endotrakeal. Selain membersihkan sekret, suction juga merangsang refleks batuk. Prosedur ini membantu mempertahankan patensi jalan napas sehingga dapat mengoptimalkan kembali pertukaran oksigen dan karbon dioksida, serta mencegah terjadinya pneumonia akibat penumpukan sekret. Tindakan suction dilakukan berulang sesuai dengan tanda-tanda adanya

penumpukan sekret pada jalan napas pasien, dan prosedur ini harus menggunakan prinsip steril.

2.1.3 Komplikasi Suction

Menurut Kozier et al dalam Aisyah (2023), tindakan suction harus memperhatikan komplikasi yang mungkin dapat ditimbulkan, antara lain yaitu:

1. Hipoksemia adalah keadaan dimana terjadi penurunan konsentrasi oksigen dalam pembuluh darah arteri. Hipoksemia bisa terjadi karena kurangnya tekanan parsial O₂ (PaO₂) atau kurangnya saturasi oksigen (SaO₂) dalam pembuluh arteri. Seseorang dikatakan hipoksemia bila tekanan darah parsial pada pembuluh darah arterinya kurang dari 50 mmHg. Pada prosedur tindakan suction tidak hanya sekret atau cairan dalam jalan napas yang akan terhisap tapi juga oksigen yang ada dalam jalan napas juga akan ikut terhisap oleh mesin. Penting untuk mengatur dan memperhatikan, tekanan mesin lamanya penghisapan serta kondisi pasien ketika akan melakukan suction
2. Trauma jalan napas adalah suatu keadaan dimana airway penderita atau saluran napas penderita mengalami sumbatan, sumbatan ini bisa berupa sumbatan parsial atau sebagian dan total atau secara keseluruhan. Gangguan airway dapat timbul secara mendadak dan total, perlahan – lahan dan sebagian serta progresif dan atau berulang.
3. Infeksi nosokomial adalah infeksi yang diderita pasien saat masuk rumah sakit setelah $\pm$ 72 jam berada di tempat tersebut. Infeksi ini terjadi bila toksin atau agen penginfeksi menyebabkan infeksi lokal atau sistemik.

4. Respiratory arrest adalah ketidak mampuan tubuh dalam mempertahankan tekanan parsial normal O₂ danatau CO₂ dalam darah, sehingga sistem pernapasan tidak mampu memenuhi metabolisme tubuh.
5. Bronkospasme adalah kekejangan otot polos sepanjang tabung bronchial paru-paru, kejang ini menyempitkan airway atau saluran napas sehingga menyebabkan kesulitan bernapas.
6. Perdarahan pulmonal atau hemoptoe adalah istilah yang dipakai untuk menyatakan batuk darah atau sputum berdarah yaitu batuk yang disertai pengeluaran dari paru-paru atau saluran pernapasan.
7. Disritmia jantung adalah gangguan irama jantung akibat perubahan elektrofisiologi sel-sel miocard yang pada akhirnya menyebabkan gangguan irama, frukensi, dan konduksi.
8. Hipertensi/hipotensi adalah kondisi kronis dimana tekanan darah pada dinding arteri (pembuluh darah bersih) meningkat/menurun.
9. Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual dan potensial.
10. Kecemasan merupakan respon emosional terhadap penilaian yang menggambarkan keadaan khawatir, gelisah, takut, tidak tenang yang disertai berbagai keluhan fisik. Keadaan tersebut dapat terjadi dalam berbagai situasi kehidupan maupun gangguan sakit.

2.1.4 Langkah-Langkah Suction

Menurut Credland dalam Kemenkes (2022), prosedur melakukan endotracheal suctioning yaitu:

1. Cuci tangan anda dan kenakan sarung tangan non steril, celemek dan kacamata pelindung.
2. Berikan oksigen pada pasien dengan menggunakan 100% oksigen selama 30-60 detik.
3. Pilih ukuran kateter hisap yang sesuai. Ukuran kateter isap (Perancis) = 2x (ukuran tabung trakeostomi -2).
4. Buka kemasan kateter isap dan pasang ujung kateter hisap ke hisap pipa, memastikan kateter tetap berada di dalamnya kemasan steril.
5. Nyalakan unit hisap dan periksa kembali unit tersebut berada pada tekanan 80-120mmHg.
6. Letakkan sarung tangan steril di tangan yang akan Anda tuju digunakan untuk menahan kateter isap.
7. Lepaskan kateter dari kemasannya, memastikannya tetap steril.
8. Lepaskan masker oksigen pasien untuk memungkinkan akses ke tabung trakeostomi.
9. Masukkan kateter isap perlahan ke dalam tabung trakeostomi sampai resistensi dirasakan saat kateter mencapai karina dan tarik kateter sejauh 1-2cm.
10. Lakukan pengisapan dengan menutup lubang pengisap terletak di ujung proksimal hisap kateter. Suction harus diterapkan terus menerus dan bukan sesekali.
11. Tarik kateter isap secara perlahan dan pertahankan hisap. Ini harus mulus penarikan dan memakan waktu tidak lebih dari 15 detik.
12. Sambungkan kembali masker oksigen pasien.

13. Buang kateter isap secara klinis kantong sampah sesuai pedoman lokal.
Buang alat pelindung diri apa pun.
14. Kaji efektivitas prosedur, untuk Misalnya dengan mengamati pernapasan pasien menilai dan saturasi oksigen, dan meyakinkan pasien. Sebaiknya dilakukan upaya penyedotan lebih lanjut diperlukan, kateter hisap baru dan sarung tangan steril baru harus digunakan setiap kali. Amati pasien selama kurang lebih 15 menit setelah prosedur.
15. Dokumentasikan prosedur dalam catatan pasien

2.2 Konsep Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

2.2.1 Pengertian Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), Bersihan jalan nafas tidak efektif adalah ketidakmampuan secret untuk dibersihkan atau obstruksi jalan napas untuk menjaga agar jalan napas tetap paten. Bersihan jalan napas tidak efektif merupakan ketidakmampuan membersihkan sekret untuk mempertahankan jalan napas tetap paten, terjadi karena karena inflamasi pada saluran napas oleh alergen, sehingga menyebabkan penyempitan saluran pernapasan oleh dahak yang berlebihan (Wardani, 2024).

Bersihan jalan napas tidak efektif merupakan suatu kondisi seseorang yang tidak mampu atau susah untuk bernapas sehingga tidak mampu mempertahankan jalan napas yang normal (Anggraini & Endah Sumartif, 2023). Bersihan jalan napas tidak efektif merupakan suatu keadaan dimana individu mengalami ancaman yang nyata atau potensial berhubungan dengan ketidakmampuan untuk batuk secara efektif (Wildayanti, 2024)

2.2.2 Faktor Penyebab Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), bersihan jalan napas tidak efektif memiliki beberapa penyebab, antara lain :

a. Fisiologis

- 1) Spasme jalan napas
- 2) Hipersekresi jalan napas
- 3) Disfungsi neuromuskuler
- 4) Benda asing dalam jalan napas
- 5) Adanya jalan napas buatan
- 6) Sekresi yang tertahan
- 7) Hiperplasia dinding jalan napas
- 8) Proses infeksi
- 9) Respon alergi
- 10) Efek agen farmakologis (mis. anastesi)

b. Situasional

- 1) Merokok aktif
- 2) Merokok pasif
- 3) Terpajan polutan

2.2.3 Tanda dan Gejala Data Mayor dan Minor Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), menyatakan adapun gejala dan tanda mayor dan minor masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif, antara lain :

a. Tanda dan Gejala Mayor

Data Subjektif : (tidak tersedia)

Data Objektif :

1. Batuk tidak efektif
2. Tidak mampu batuk
3. Sputum berlebih
4. Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering
5. Pola napas berubah
6. Mekonium di jalan nafas (pada neonatus)

b. Tanda dan Gejala Minor

Data Subjektif :

1. Dispnea
2. Sulit bicara
3. ortopnea

Data Objektif :

1. Gelisah
2. Sianosis
3. Bunyi napas menurun
4. Frekuensi napas berubah

2.2.4 Kondisi Klinis Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), menyatakan adapun kondisi klinis masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif, antara lain :

1. Gullian barre syndrome
2. Sklerosis multipel
3. Myasthenia gravis

4. Prosedur diagnostik (mis. bronkoskopi, transesophageal echocardiography (TEE))
5. Depresi sistem saraf pusat
6. Cedera kepala
7. Stroke
8. Quadriplegia
9. Infeksi saluran napas

2.3 Konsep Tuberkulosis (TB)

2.3.1 Pengertian Tuberkulosis (TB)

Tuberkulosis, sering disingkat TB atau TBC, adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*, penyakit ini dapat menyerang siapa saja dan organ tubuh yang diserang biasanya adalah paru-paru, tulang belakang, kulit, otak, kelenjar getah bening, dan jantung (Kemenkes, 2024). Tuberkulosis (TB) adalah satu penyakit infeksi yang menular, disebabkan oleh kuman *mycobacterium tuberculosis*, penularan langsung terjadi melalui inhalasi aerosol yang mengandung kuman *mycobacterium tuberculosis* (Pangestu & Susanti, 2024).

Tuberkulosis (TB) adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri basil *Mycobacterium tuberculosis*. Penyebaran penyakit ini ketika orang sakit TB mengeluarkan bakteri ke udara, contohnya ketika batuk (Meliasari, 2021). Tuberkulosis (TB) paru adalah penyakit infeksi yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis* yang menyerang paru-paru dan bronkus yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui udara pernapasan ke dalam paru-paru, kemudian kuman menyebar dari paru-paru ke bagian tubuh lainnya melalui sistem peredaran

darah, sistem saluran limfe, melalui bronkus atau penyebaran langsung ke bagian tubuh lainnya (Sari dkk, 2022).

2.3.2 Penyebab Tuberkulosis (TB)

Menurut Kemenkes (2022), Penyebab tuberkulosis adalah infeksi dari bakteri *Mycobacterium tuberculosis* (M.tb) yang dapat menyebar melalui kelenjar getah bening dan aliran darah ke organ tubuh manusia. Tuberkulosis ditularkan melalui udara. Kebanyakan orang yang terkena TB tidak pernah menunjukkan gejala, karena bakteri dapat hidup dalam bentuk tidak aktif pada tubuh dan dapat menjadi aktif ketika sistem kekebalan tubuh menurun.

2.3.3 Tanda Dan Gejala Tuberkulosis (TB)

Menurut Kemenkes (2024), tanda dan gejala tuberkulosis yang perlu di waspadai yaitu:

1. Batuk menerus

Batuk merupakan gejala utama TBC, terutama batuk yang berlangsung terus menerus (kadang disertai dengan batuk berdahak atau batuk darah) tanpa mempertimbangkan durasi berapa lamanya. Batuk terjadi terus menerus karena adanya infeksi yang mengganggu jalannya pernapasan.

2. Nafsu Makan Menurun

TBC bisa membuat seseorang tidak nafsu makan. Batuk yang terus-menerus bahkan bisa menyulitkan orang dengan TBC untuk menelan makanan. Selain itu, terdapat beberapa efek ketika pengobatan TBC, salah satunya gangguan nafsu makan dan masalah pencernaan.

3. Penurunan berat badan

Asupan nutrisi pada pasien TBC yang tidak tercukupi dengan baik menyebabkan orang dengan TBC bisa kehilangan berat badan secara cepat dalam waktu singkat.

4. Demam

Demam menandakan bahwa sistem imun sedang bereaksi melawan infeksi bakteri. Ini sebabnya orang dengan TBC sering merasakan demam dalam tahap awal masa infeksi aktif. Ciri TBC yang satu ini kemudian hilang dan timbul dalam beberapa waktu. Waspada jika demam tidak kunjung sembuh lebih dari 2 minggu.

5. Berkeringat di malam hari tanpa melakukan aktivitas

Salah satu gejala penyerta yang khas dari TBC adalah keringat berlebih di malam hari walaupun tidak melakukan kegiatan atau aktivitas. Ciri TBC ini biasanya juga diikuti dengan kondisi tubuh yang lemas dan mengalami nyeri di bagian otot dan sendi.

6. Nyeri saat bernafas atau batuk

Perkembangan infeksi bakteri di paru menyebabkan terjadinya peradangan yang meningkatkan produksi lendir di paru. Penumpukan sel-sel mati di paru yang diakibatkan serangan bakteri TBC semakin menghambat keluar masuknya udara ke paru. Hal ini membuat dadak terasa nyeri saat bernafas atau batuk.

7. Mudah lelah

TBC terjadi ketika daya tahan tubuh seseorang menurun. Akibat daya tahan tubuh yang lemah tersebut, badan akan terasa cepat lemas dan mudah lelah

terus menerus. Namun dengan pengobatan yang disiplin, pasien TBC dapat sembuh dan kembali melakukan aktivitas seperti biasa.

2.3.4 Faktor Resiko Tuberkulosis (TB)

Menurut Kemenkes (2022), berikut beberapa faktor yang dapat meningkatkan resiko TB :

1. Kontak langsung dengan penderita TB

Seperti contoh bila salah satu anggota keluarga terkena TB maka faktor resiko 1 dari 3 orang kemungkinan tertular.

2. Faktor usia

orang lanjut usia dan anak-anak memiliki resiko lebih tinggi terkena TB karena sistem kekebalan tubuh yang kurang kuat sehingga lebih mudah terinfeksi TB.

3. Sistem kekebalan tubuh

Sistem kekebalan tubuh yang lemah karena penyakit dan obat dapat menjadi penyebab mudahnya terkena TB. Misalnya penderita HIV/AIDS, diabetes melitus, dan gangguan ginjal yang parah. Contoh terapi pengobatan yang dapat melemahkan sistem kekebalan tubuh adalah terapi kanker (kemoterapi), dan orang yang sedang dalam terapi pengobatan golongan obat immunosupresan, seperti pada penderita lupus, rheumatoid arthritis dan psoriasis.

4. Melakukan perjalanan ke daerah mayoritas terinfeksi TB dapat meningkatkan faktor resiko terkena TB karena paparan infeksi dalam waktu yang lama.

5. Orang yang tinggal di lingkungan pemukiman yang kumuh dan padat penduduknya.

6. Petugas medis yang sering merawat penderita TBC.
7. Orang yang mengalami kekurangan gizi.
8. Pengguna NAPZA (Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan Zat adiktif), narkotika, alkohol, dan obat-obatan dapat merusak tubuh seseorang, sehingga melemahkan sistem kekebalan mereka terhadap penyakit TBC.

2.3.5 Pencegahan Tuberkulosis (TB)

Menurut Kemenkes (2022), salah satu langkah untuk mencegah TBC adalah dengan menerima vaksin BCG (Bacillus Calmette-Guerin). Di Indonesia, vaksin ini termasuk dalam daftar imunisasi wajib dan diberikan sebelum bayi berusia 2 bulan. Bagi yang belum pernah menerima vaksin BCG, dianjurkan untuk melakukan vaksin bila terdapat salah satu anggota keluarga yang menderita TBC. Beberapa upaya yang dilakukan untuk mencegah penularan TB yaitu :

1. Menggunakan masker saat berada ditempat ramai dan berinteraksi dengan penderita TBC, serta mencuci tangan.
2. Tutup mulut saat bersin, batuk, dan tertawa atau gunakan tisu untuk
3. menutup mulut , tisu yang sudah digunakan dimasukan kedalam plastik dan di buang ke kotak sampah.
4. Tidak membuang dahak atau meludah sembarangan.
5. Pastikan rumah memiliki sirkulasi udara yang baik, misalnya dengan sering membuka pintu dan jendela agar udara segar serta sinar matahari dapat masuk.
6. Jangan tidur sekamar dengan orang lain, sampai dokter menyatakan TBC yang diderita tidak lagi menular.

7. Khusus bagi penderita TB menggunakan masker ketika berada disekitar orang terutama selama tiga minggu pertama pengobatan, upaya ini dapat membantu mengurangi resiko penularan

2.3.6 Pemeriksaan Tuberkulosis (TB)

Menurut Kemenkes (2024), serangkaian pemeriksaan untuk mendukung diagnosis TB diantaranya yaitu:

1. Pemeriksaan Dahak (pemeriksaan BTA)

Dahak diambil 2 kali dalam 1 hari atau 2 hari, yaitu SS/SP. Disebut SS jika sewaktu datang ke fasilitas pelayanan kesehatan (hari ke-1) diambil 2 dahak dengan interval minimal 1 jam. Sementara SP jika sewaktu datang ke fasilitas pelayanan kesehatan (hari ke-1) dan pagi hari setelah bangun tidur (hari ke-2).

2. Tes Tuberkulin

Uji yang digunakan untuk penunjang diagnosis TB dengan cara menyuntikkan 0,1 ml tuberkulin purified protein derivative (PPD) ke permukaan bagian dalam lengan bawah.

3. Rontgen Dada

Pemeriksaan tambahan berupa rontgen foto dada (bila pemeriksaan dahak hasilnya negatif, sedangkan gejala TB lainnya ada).

4. Tes Cepat Molekuler (TCM)

Adalah alat diagnosis utama yang digunakan untuk penegakan diagnosis TB.

2.3.7 Terapi dan Pengobatan Tuberkulosis (TB)

Menurut Kemenkes (2022), Terapi pengobatan Anti-TB adalah satu-satunya pengobatan yang dibutuhkan. Pengobatan TB membutuhkan waktu yang lebih lama minimal enam sampai sembilan bulan. Pengobatan TB juga tergantung pada faktor usia, kondisi kesehatan, respon terhadap obat, jenis TB dan lokasi terinfeksi di tubuh. Penggunaan obat TB kemungkinan memiliki efek samping yang membuat tidak nyaman namun tidak membahayakan seperti :

1. Mual dan muntah.
2. Kehilangan nafsu makan.
3. Kulit berwarna kuning.
4. Urin atau Kencing berwarna keruh bahkan kemerahan.
5. Demam tanpa sebab.

2.4 Konsep Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah catatan hasil analisis yang dilakukan untuk mengumpulkan informasi dari pasien atau keluarga, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respon kesehatan pasien. Pengkajian menyeluruh, sistematis dan logis akan mengarah serta mendukung saat identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah tersebut menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi untuk diagnosis keperawatan (Dinarti and Mulyani, 2019).

a. Identitas Pasien

Identitas seorang pasien pada pengkajian keperawatan meliputi nama, umur, jenis kelamin, tempat/tanggal lahir, pendidikan, agama, alamat, dan kewarganegaraan.

b. Identitas Penanggung Jawab

Identitas seorang penanggung jawab dalam pengkajian keperawatan meliputi nama, alamat, umur, hubungan dengan pasien, dan nomor telepon.

c. Keluhan Utama

Keluhan yang sering dikeluhkan oleh pasien dengan penyakit tuberkulosis biasanya disebabkan oleh batuk tidak efektif, sesak napas, bunyi pernapasan mengi/mengorok, sakit tenggorokan, suhu badan meningkat

d. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Penyakit Sekarang

Informasi terkait dengan adanya kondisi kesehatan saat ini yang dimulai dari keluhan yang dialami oleh seorang pasien hingga usaha yang telah dilakukan dalam mencari jalan keluarnya pelayanan kesehatan hingga sebelum pengkajian. Biasanya pasien dengan riwayat penyakit tuberkulosis mengalami demam mendadak, sakit kepala, badan lemah, nyeri otot dan sendi, nafsu makan menurun, tidak mampu batuk, pilek, dan sakit tenggorokan.

2. Riwayat Penyakit Dahulu

Informasi mengenai penyakit yang pernah terjadi atau diderita seorang pasien sebelumnya terkait dengan penyakit tuberkulosis ataupun penyakit yang lainnya

3. Riwayat Penyakit Keluarga

Informasi terkait penyakit yang pernah dialami atau yang sedang yang diderita oleh salah seorang anggota keluarga. Baik yang terkait maupun yang tidak terkait dengan penyakit yang dialami oleh seorang pasien

e. Pola Kebutuhan Dasar Manusia

1. Pola Nutrisi

Informasi tentang pola nutrisi pada seorang pasien seperti makan dan minum berapa kali dalam sehari, serta makanan apa yang biasa dikonsumsi. Kasus pada seorang pasien pneumonia pada umumnya mengalami tidak nafsu makan, mual muntah, dan lemas.

2. Pola Eliminasi

Mencakup mengenai informasi berapa kali sehari seorang pasien mengalami BAB/BAK, dan kelancaran pasien dalam BAB/BAK. Kasus pada pasien tuberkolosis pada umumnya tidak mengalami masalah pada BAB/BAK.

3. Kebersihan Diri

Informasi mengenai kebersihan diri dari seorang pasien sebelum maupun setelah sakit, seperti mandi berapa kali sehari. Kasus yang menjadi penyebab pada pasien pneumonia pada umumnya pasien akan dibantu dalam melakukan kebersihan diri

4. Pola Tidur

Informasi mengenai pola tidur pasien sebelum maupun setelah sakit, seperti tidur berapa jam dalam sehari, dan apakah sering susah tidur pada malam hari.

f. Pemeriksaan Fisik

1. Pemeriksaan kepala

a) Inspeksi : Pasien dengan tuberkolosis umumnya bentuk kepala simteris, rambut rontok berlebih.

b) Palpasi : Pasien dengan tuberkolosis umumnya tidak ada nyeri tekan.

2. Mata

a) Inspeksi : Pasien dengan tuberkolosis umumnya pupil tampak isokor, konjungtiva anemis, reflek cahaya langsung.

b) Palpasi : Pasien dengan tuberkolosis bola mata teraba melinting.

3. Hidung

a) Inspeksi : Pasien dengan tuberkolosis umumnya lubang hidung simetris, hidung tampak kotor, hidung keluar ingus, ada pernapasan cuping hidung.

b) Palpasi : Ada tidaknya nyeri pada saat sinus ditekan.

4. Mulut

a) Inspeksi: Pasien dengan tuberkolosis umumnya bibir terlihat kering dan kemerahan.

5. Leher

a) Inspeksi: Lihat kebersihan leher pasien tuberkolosis, otot pengunyah lemah, otot menelan lemah.

b) Palpasi : Biasanya tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid.

6. Dada

a) Inspeksi : Pasien dengan tuberkolosis umumnya bentuk dada simetris, tampak peningkatan frekuensi pernapasan.

b) Auskultasi : Pasien dengan tuberkolosis umumnya terdapat suara tambahan seperti ronkhi/wheezing, Takikardia (detak jantung napas cepat), takipnea (pernapasan cepat), bunyi napas menurun.

c) Palpasi : ada atau tidaknya nyeri tekan.

7. Abdomen

- a) Inspeksi : Pasien dengan tuberkolosis umumnya abdomen simetris, tidak terdapat benjolan.
- b) Palpasi : Terdapat nyeri abdomen.
- c) Auskultasi : Bising usus hiperaktif, cepat kenyang setelah makan.

8. Ekstremitas

- a) Inspeksi : Pasien dengan tuberkolosis umumnya dapat menggerakkan ekstremitas secara penuh.
- b) Palpasi : Periksa adanya edema atau tidak pada ekstremitas atas dan bawah.

9. Genetalia dan Anus

- a) Inspeksi : bersih atau kotor, adanya hemoroid atau tidak, terdapat massa atau tidak, terdapat pendarahan atau tidak. Pasien dengan tuberkolosis umumnya tidak terdapat hemoroid atau peradangan pada genetalia kecuali pasien yang mengalami komplikasi penyakit lain.
- b) Palpasi : terdapat nyeri tekan atau tidak. Pasien dengan tuberkolosis umumnya tidak terdapat nyeri kecuali pasien yang mengalami komplikasi penyakit lain.

2.4.2 Diagnosa

Diagnosis keperawatan adalah penilaian klinis berdasarkan masalah kesehatan pasien. Diagnosis keperawatan adalah kunci perawat untuk membuat rencana perawatan yang tepat akan membantu pasien mencapai kesehatan optimal. Dengan demikian, penilaian menjadi lebih komprehensif dan disesuaikan dengan masalah dan diagnosis pasien (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosis keperawatan pada tuberkolosis yaitu : Bersihan jalan nafas tidak efektif
berhubungan dengan hipersekresi jalan nafas (D.0001)



2.4.3 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Perencanaan Keperawatan						
	Tujuan & Kriteria Hasil					Intervensi	
Bersihkan jalan napas tidak efektif	Bersihkan jalan napas (L.01001)					Manajemen Jalan Napas	
D.0001	Tujuan: Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 8 jam maka diharapkan bersihan jalan napas membaik dengan kriteria hasil:					Observasi: 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napastambahan 3. Monitor sputum (jumlah,wama.aroma)	
Pengertian :	Kriteria Hasil:					Terapeutik: 1. Pertahankan kepatenan jalan napas 2. Posisikan semi fowler atau fowler 3. Lakukan fisioterapi dada jika periu 4. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 5. Berikan oksigen, Luka perlu	
Ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten		Menurun	Cukup Menurun	Sedang	Cukup Meningkat	Edukasi 1. Anjurkan asupan cairan 2000ml han, jika tidak kentraindikasi Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian bronko dilator, ekspektoran, mukolitik.jika perlu	
	1	Batuk Efektif					
	1	2	3	4	5		
		Meningkat	Cukup Meningkat	Sedang	Cukup Menurun		
	2	Produksi Sputum					
	1	2	3	4	5		
	3	Mengi					
	1	2	3	4	5		
	4	Sianosis					
	1	2	3	4	5		
	5	Gelisah					
	1	2	3	4	5		

2.4.4 Implementasi Keperawatan

Perawat melaksanakan tindakan keperawatan untuk intervensi yang telah disusun pada tahap perencanaan dan mengakhiri tahap implementasi dengan mendokumentasikan tindakan keperawatan serta respon klien terhadap tindakan yang telah diberikan. Tindakan keperawatan merupakan perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan – tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

2.4.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang telah dilakukan untuk mengetahui apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Dokumentasi pada tahap ini adalah dengan membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan hasil yang didapat dari klien, dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya (Dinarti and Mulyani, 2019).

Evaluasi keperawatan menurut Hasian Leniwita et al (2023) menggunakan komponen format dengan formula SOAP, yaitu :

- a. Subjektif (S) : data berdasarkan keluhan yang disampaikan oleh pasien atau keluarga yang masih dirasakan oleh pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan

- b. Objektif (O) : data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi perawat secara langsung kepada klien, dan yang dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- c. Analisis (A) : interpretasi dari data subjektif dan objektif. Analisis merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi atau dapat dituliskan masalah/diagnosis baru akibat perubahan status kesehatan klien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif. Kesimpulan dari subjektif dan objektif yang ditulis biasanya dalam bentuk masalah keperawatan.
- d. Planning (P) : Rencana tindakan selanjutnya yang akan dilakukan sesuai hasil analisis yang diperoleh

