

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

Pada BAB ini penulis telah menguraikan permasalahan mengenai tinjauan teoritis laporan Asuhan Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif pada kasus Tuberkulosis yang dilaksanakan selama 3 hari di Ruang Wali Songo Rumah Sakit Islam Sakinah Mojokerto.

Pembahasan berikut ini akan diuraikan asuhan keperawatan pada dengan *Tuberculosis* (TBC) sesuai fase dalam proses asuhan keperawatan yaitu meliputi pengkajian, pengangkatan diagnose keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, serta evaluasi.

#### **4.1 Pengkajian**

Menurut jurnal (Devi Putri, 2018) Berdasarkan dari hasil pengkajian klien 1 dan klien 2 mengalami **batuk berdahak**, dan tidak mampu melakukan batuk secara efektif. Klien 1 mempunyai riwayat batuk selama 1 bulan dan klien 2 selama 3 bulan. Ditemukan perbedaan dari kedua klien, yaitu klien 2 mengalami **nyeri dada**.

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik yang berfokus pada sistem pernafasan B1 (*Breathing*), pada klien 1 dan klien 2 terdapat persamaan yaitu kedua klien terdapat **suara nafas tambahan ronki** namun terdapat sedikit perbedaan yaitu pada klien 1 terdengar ronki pada lobus kanan dan kiri atas sedangkan pada klien 2 terdengar ronki pada lobus kanan atas, kanan tengah dan kiri atas. Kedua klien menggunakan alat bantu nafas O2 nasal yang berbeda besar liter permenitnya, klien 1 (5 Lpm), dan klien ke 2 (8 Lpm), ini dikarenakan kedua klien nampak dispnea namun dari hasil pemeriksaan objektif frekuensi pernafasan kedua klien terdapat

sedikit perbedaan yaitu klien 1 frekuensi pernafasan 26x/menit dan klien 2 28x/menit. Kedua klien mengalami **sputum berlebih**, namun ditemukan perbedaan warna sputum dari kedua klien yaitu klien 1 berwarna putih kental dan klien 2 berwarna putih kental disertai kecoklatan. Menurut pendapat peneliti ini dipengaruhi oleh lamanya klien batuk yang tidak segera ditangani dan berat ringannya infeksi bakteri TB yang ada di dalam.

Hasil studi kasus klien 1 dan klien 2, didapatkan data subjektif batuk, dan data objektif susah mengeluarkan dahak, dispnea, frekuensi pernafasan lebih dari batas normal (16-20x/menit), dahak keluar sedikit, dan terdengar suara nafas tambahan (ronki). Data yang didapat pada kasus nyata untuk menegakkan diagnosa keperawatan sudah sesuai dengan teori. Masalah tersebut harus segera diatasi agar tidak terjadi sumbatan pada jalan nafas dan saturasi oksigen klien tidak menurun, karena kebutuhan oksigen merupakan kebutuhan dasar yang utama yang harus dipenuhi untuk kelangsungan hidup.

Menurut jurnal (RAHAYUNINGTYAS, 2019) Berdasarkan dari hasil pengkajian klien 1 dan 2 mengatakan **batuk dan sesak**. Klien 1 Klien mengatakan 2 minggu batuk terus menerus dan bercampur sedikit darah, terasa sesak dan ngos-ngosan. Klien tidak mau makan, merasa mual dikarenakan dahak yang terasa banyak ditenggorokkan namun susah dikeluarkan.

Klien mengatakan sudah menderita tuberculosis paru sejak tahun 2010 dan sembuh pada pengobatan yang pertama, namun ditahun 2017 kambuh serta tidak mengkonsumsi OAT secara rutin dan akhirnya putus obat. Klien 2 Klien mengatakan 6 hari batuk terus menerus dan terasa sesak. Dahak susah dikeluarkan

dan ketika keluar bercampur darah. Klien sudah menderita Tuberkulosis paru sejak tahun 2013, menjalani program pengobatan OAT selama 6 bulan dan dinyatakan sembuh, namun pada tahun 2019 kembali kambuh.

Berdasarkan data yang di peroleh dari hasil pengkajian klien ketidakefektifan bersihan jalan napas dengan tuberkulosis paru menunjukkan kesamaan antara jurnal 1 dan jurnal 2 yaitu klien memiliki keluhan batuk dan sesak, sputum sulit di keluarkan, **terdapat suara napas tambahan ronchi**, terdapat peningkatan **sputum dalam jumlah berlebih**, irama regular, pergerakan dada kanan kiri sama, perkusi paru sonor, adanya sekret di hidung.

Dapat di simpulkan dari dua jurnal di atas bahwa pasien TBC Paru dengan masalah bersihan jalan nafas akan muncul tanda dan gejala seperti : Batuk, sesak nafas, nyeri dada, sputum berlebih, dan adanya suara nafas tambahan (ronkhi).

Menurut (Muttaqin, 2008) gejala **batuk** disebabkan karna adanya edema *trakeal/ faringeal* serta peningkatan produksi sekret berlebih akibat aktivitas basil tuberkulosis yang membangkitkan reaksi peradangan atau inflamasi kemudian membentuk kavitas dan menyebabkan rusaknya parenkim paru. Bila kerusakan parenkim paru sudah meluas atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothorax, anemia, dan lain-lain maka akan muncul gejala sesak nafas.

**Nyeri dada** yang dialami oleh penderita tuberkulosis paru adalah nyeri pleuritis, nyeri ini didapati setelah infiltrasi radang bakteri TB sudah mengenai sistem persyarafan yang ada di pleura, yang ditandai dengan rasa sakit di bagian dada, terutama saat menarik napas panjang atau batuk (Muttaqin, 2008).

Mekanisme penyakit tuberkulosis paru terjadi karena basil tuberkel (*mycobacterium tuberculosis*) terhirup dan masuk di ruang alveoli, lalu terjadi reaksi peradangan atau inflamasi. Alveoli yang terinfeksi kemudian meradang mengakibatkan timbulnya tuberkel. (Somantri, 2008).

Makrofag yang mengadakan infiltrasi menjadi lebih panjang dan sebagian bersatu membentuk sel tuberkel epiteloid yang dikelilingi oleh limfosit. Makrofag juga melakukan aksi fagositosis (menelan bakteri), sementara limfosit spesifik tuberkulosis menghancurkan (melisiskan) basil dan jaringan normal sehingga terjadi kerusakan pada membran alveolar, reaksi ini mengakibatkan terakumulasinya eksudat di dalam alveoli dan jaringan sekitar menjadi nekrosis. Penumpukan eksudat yang berlebih akan memunculkan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas dan menimbulkan gejala seperti batuk produktif, batuk berdarah hingga sesak nafas, dan lama- kelamaan pasien dapat mengalami penurunan kemampuan untuk batuk (Soemantri, 2009).

Menurut Nurarif dan kusuma hardhi (2015) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas memiliki batasan karakteristik meliputi suara nafas tambahan, perubahan frekuensi nafas, pola nafas berubah, dispnea, sianosis, kesulitan bicara, batuk tidak efektif, sputum dalam jumlah berlebih, batuk yang tidak efektif dan gelisah (PPNI, 2016).

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan dari kedua jurnal terdapat diagnosa yang sesuai dengan batasan karakteristik. Diagnosa keperawatan kedua jurnal

adalah ketidakefektifan bersihan jalan napas yang berhubungan dengan penumpukan sekret pada jalan napas/ akumulasi secret. Tanda dan gejala pada kedua jurnal yaitu klien mengeluh batuk dan sesak, terdapat suara nafas tambahan ronkhi dan pasien tidak mampu melakukan batuk efektif dan sekret tidak dapat keluar. Pada studi kasus ini ketidakefektifan bersihan jalan napas sudah sangat sesuai dengan batasan karakteristik yang ada pada kedua jurnal.

#### **4.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan dari dua jurnal pada klien 1 dan klien 2 adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sekret kental dan upaya batuk buruk ditandai dengan klien mengatakan batuk berdahak, terdapat suara nafas tambahan (ronkhi), pasien tidak mampu melakukan batuk efektif dan dahak sulit keluar.

Diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif yang dihubungkan dengan penumpukan sekret kental atau berdarah. Dimana data yang digunakan dalam menegakan diagnosa keperawatan lebih difokuskan pada pemeriksaan frekuensi pernafasan dan pemberian oksigen melalui nasal kanul yang ditandai dengan adanya sesak saat bernafas, penggunaan otot aksesori, bunyi nafas, kecepatan pernafasan, irama dan kedalaman, serta adanya suara ronkhi/ wheezing, jumlah sputum, adanya hemoptisis.

Menurut teori Donges (2012) pasien yang mengalami bersihan jalan nafas tidak efektif salah satu tandanya adalah sesak saat bernafas, ronkhi/mengi, penggunaan otot aksesori, penumpukan sekret , perubahan tanda vital, penurunan toleransi terhadap aktivitas, adanya pemberian oksigen.

Menurut Nurarif dan Kusuma Hardhi (2015) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas memiliki batasan karakteristik meliputi suara nafas tambahan, perubahan frekuensi nafas, pola nafas berubah, dispnea, sianosis, kesulitan bicara, batuk tidak efektif, sputum dalam jumlah berlebih, batuk yang tidak efektif dan gelisah (PPNI, 2016).

Hasil studi kasus dua jurnal, didapatkan data subjektif batuk, dan data objektif susah mengeluarkan dahak, dispnea, frekuensi pernafasan lebih dari batas normal (16-20x/menit), dahak keluar sedikit, dan terdengar suara nafas tambahan (ronki). Data yang didapat pada kasus nyata untuk menegakkan diagnosa keperawatan sudah sesuai dengan teori. Masalah tersebut harus segera diatasi agar tidak terjadi sumbatan pada jalan nafas dan saturasi oksigen klien tidak menurun, karena kebutuhan oksigen merupakan kebutuhan dasar yang utama yang harus dipenuhi untuk kelangsungan hidup.

#### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Hasil dari jurnal (Devi Putri, 2018) tindakan keperawatan dalam memberikan posisi high fowler yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2, kedua klien terlihat lebih rileks dan hasil yang didapat sesak yang dialami kedua klien berkurang.

Menurut riset penelitian (Devi Putri, 2018) **posisi high fowler** sangat efektif untuk mengatasi sesak dan meningkatkan saturasi oksigen dalam tubuh. Setelah itu klien diajarkan untuk batuk efektif agar sekret keluar.

Tindakan pengkolaborasi dalam **pemberian O<sub>2</sub>** tambahan, pemberian terapi penguapan dengan nebulizer bertujuan untuk mengurangi sesak nafas dan mengencerkan sekret dan otak kekurangan oksigen maka otak akan mengalami hipoksia. Hipoksia yang terlambat diatasi dapat mengakibatkan kerusakan sel, jaringan, maupun organ, dan kemungkinan yang paling buruknya yaitu dapat menyebabkan kematian. (Andrade, Silva, & Chaves, 2014).

Memberikan tindakan keperawatan **fisioterapi dada**, kepada kedua klien yang bertujuan untuk membantu membersihkan jalan nafas dari sputum yang berlebih, dengan tekanan intra thorakal dan intra abdominal yang tinggi, udara dibatukkan keluar dengan akselerasi yang cepat sehingga sputum yang tertimbun di dalam dapat terbawa keluar (Mustaffa & Nahdiyyah, 2019).

Sedangkan hasil penelitian (RAHAYUNINGTYAS, 2019) Didalam memberikan intervensi keprawatan harus sesuai dengan diagnosa yang muncul baik actual maupun resiko. Untuk intervensi yang diberikan pada klien 1 dan klien 2 dengan diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sekret, intervensi tersebut sesuai teori dan fakta. Diantaranya kriteria hasil partisipan menunjukkan jalan napas yang paten, bunyi napas normal regular, pergerakan pernapasan normal, tidak ada ronchi, tidak ada dipsneau, tidak ada sputum dalam jumlah yang berlebih, tidak ada pursed lips, tidak ada otot bantu pernapasan, mampu bernapas dengan mudah, mampu mengeluarkan sputum, RR klien dalam batas normal 16-20 x/ menit (Nanda,2015).

Rencana keperawatan diberikan sama antara klien 1 dengan klien 2 yaitu berikan pasien posisi **semi fowler/ high fowler** untuk mengurangi sesak nafas dan

mengurangi stasis pulmonari serta mengurangi resiko penurunan pengembangan dinding dada. Ajarkan pasien untuk batuk dan latihan nafas dalam, beri pasien minum air hangat  $\pm 2500$ ml/hari, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi farmakologi untuk membantu mengencerkan secret, observasi fungsi pernafasan, contoh bunyi nafas, kecepatan irama dan kedalaman penggunaan otot aksesoris, berikan penguapan (nebulizer) dengan atau tanpa pemberian obat serta catat kemampuan untuk mengeluarkan sputum. Catat karakter, jumlah, sputum, adanya hemoptysis. (Amin & Hardhi, 2016)

Posisi semi fowler dengan derajat kemiringan  $45^\circ$ , yaitu dengan menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma, posisi semi fowler pada pasien TB paru telah dilakukan sebagai salah satu cara untuk membantu mengurangi sesak napas (Bare, 2010).

Posisi semi fowler mampu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya penggunaan alat bantu otot pernapasan. Ventilasi maksimal membuka area atelektasis dan meningkatkan gerakan sekret ke jalan napas besar untuk dikeluarkan (Muttaqin 2008). Tujuan dari tindakan ini adalah untuk menurunkan konsumsi  $O_2$  dan menormalkan ekspansi paru yang maksimal, serta mempertahankan kenyamanan. Posisi semi fowler bertujuan mengurangi resiko stasis sekresi pulmonar dan mengurangi resiko penurunan pengembangan dinding dada (Musrifatul, 2012).

Pemberian posisi semi fowler pada pasien TB Paru telah dilakukan sebagai salah satu cara untuk membantu mengurangi sesak napas. Keefektifan dari tindakan

tersebut dapat dilihat dari Respiratory rate yang menunjukkan angka normal yaitu 16- 24x per menit pada usia dewasa. Pelaksanaan asuhan keperawatan dalam pemberian posisi semi fowler itu sendiri dengan menggunakan tempat tidur dan fasilitas bantal yang cukup untuk menyangga daerah punggung, sehingga dapat memberi kenyamanan saat tidur dan dapat mengurangi kondisi sesak nafas pada pasien asma saat terjadi serangan. (Ruth, 2015).

Selain posisi tidur semi fowler/high fowler, pemberian oksigen juga berperan penting yang bertujuan untuk mengurangi sesak nafas dan mengencerkan sekret

Tuberculosis Paru merupakan penyakit infeksi paru yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis*. Infeksi yang terjadi mengakibatkan kerusakan pada parenkim paru sehingga penderita akan mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan oksigen berupa gangguan pertukaran gas. Terapi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut adalah pemberian terapi oksigen untuk memenuhi kebutuhan oksigen dalam tubuh. Pemberian terapi penguapan dengan nebulizer bertujuan untuk mengurangi sesak nafas dan mengencerkan sekret dan otak kekurangan oksigen maka otak akan mengalami hipoksia. Hipoksia yang terlambat diatasi dapat mengakibatkan kerusakan sel, jaringan, maupun organ, dan kemungkinan yang paling buruknya yaitu dapat menyebabkan kematian. (Andrade, Silva, & Chaves, 2014).

Dapat disimpulkan bahwa intervensi yang tercantum pada bab 2 yang sama di berikan kepada klien dari dua jurnal tersebut sudah sesuai dengan teori yang ada, namun tidak semua intervensi dapat dilakukan. Intervensi pertama yaitu mengkaji

fungsi respirasi yang bertujuan untuk mengetahui takipnea, pernafasan dangkal dan gerakan dada tidak simetris yang terjadi karena peningkatan tekanan dalam paru. Intervensi ke dua yaitu mencatat kemampuan untuk mengeluarkan sekret atau batuk secara efektif. Intervensi ketiga memberikan posisi tidur semi fowler/high fowler yang bertujuan untuk membantu memaksimalkan ekspansi paru dan membantu klien untuk berlatih batuk secara efektif dan menarik nafas dalam. Intervensi ke empat membersihkan sekret dari dalam mulut dan trakea, *suction* jika memungkinkan, bertujuan untuk mencegah terjadinya resiko sekret masuk, namun intervensi ini tidak dilakukan karena klien bisa melakukan batuk efektif. Intervensi kelima mempertahankan intake cairan dengan memberikan minum +/- 2500 ml/hari dan dianjurkan minum air hangat yang bertujuan untuk membantu mengencerkan sekret. Intervensi ke enam berkolaborasi pemberian oksigen yang bertujuan untuk mengurangi sesak nafas dan mengencerkan sekret. Dan intervensi yang tepat untuk kasus dari dua jurnal diatas adalah posisi tidur semi fowler/high fowler, yang bertujuan untuk membantu memaksimalkan ekspansi paru dan membantu klien untuk berlatih batuk secara efektif dan menarik nafas dalam.

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Hasil penelitian dari jurnal (Devi Putri, 2018) bahwa intervensi berhasil dilakukan dalam waktu 3x24 jam. Dengan intervensi pertama memberikan posisi high fowler yang dilakukan pada klien 1 dan klien 2, kedua klien terlihat lebih rileks dan hasil yang didapat sesak yang dialami kedua klien berkurang. Hal ini didukung oleh teori (Muttaqin 2008) bahwa posisi high fowler mampu memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya penggunaan alat bantu otot

pernapasan. Ventilasi maksimal membuka area atelektasis dan meningkatkan gerakan sekret ke jalan napas besar untuk dikeluarkan.

Intervensi kedua fisioterapi dada, kedua klien merasa lebih baik, terlihat klien mampu mengeluarkan dahak dan dalam pengobservasian secara berkala mengenai suara nafas tambahan ronki juga menjadi berkurang. Hal ini didukung oleh teori (Mustaffa & Nahdiyyah, 2019) Tindakan fisioterapi dada memang sangat efektif untuk membantu membersihkan jalan nafas dari sputum yang berlebih, dengan tekanan intra thorakal dan intra abdominal yang tinggi, udara dibatukkan keluar dengan akselerasi yang cepat sehingga sputum yang tertimbun di dalam dapat terbawa keluar.

Intervensi ketiga pengkolaborasi pada klien 1 dan klien 2 dalam pemberian O<sub>2</sub> tambahan, pemberian terapi penguapan dengan nebulizer, dan pemberian obat-obatan sesuai indikasi, kedua klien merasa lebih baik, batuk dan sesak berkurang, hasil yang didapat sekret menjadi encer, dan menurunnya frekuensi pernafasan. Kedua klien juga sangat mematuhi tindakan pemberian *Healty Education* untuk mempertahankan masukan cairan dengan minum +/- 2500 ml/hari. Kedua klien mengerti dan memahami terlihat klien meminum teh dan air hangat.

Berdasarkan hasil evaluasi studi kasus pada klien 1 dan klien 2 didapat setelah dilakukannya tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan, apakah benar-benar terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang dikaji dengan metode pendokumentasian SOAP.

Hasil evaluasi klien 1 Tn. S pada hari ke 3 masalah sudah teratasi dengan hasil klien mengatakan sudah tidak batuk, tidak sesak lagi, dan mampu mengeluarkan dahak dan dari hasil pemeriksaan secara objektif klien terlihat sudah tidak batuk, klien terlihat rileks, tidak ada dispnea (sesak), irama nafas regular, frekuensi pernafasan 20x/menit, terpasang O2 nasal namun mulai dilepas, tidak terdapat otot bantu nafas dan sudah tidak terdapat suara nafas tambahan. Pada klien 2 Tn H pada hari ke 3 masalah teratasi sebagian dengan hasil klien mengatakan sudah tidak batuk, nyeri dada berkurang, sesak berkurang, namun sudah bisa mengeluarkan dahak dari hasil pemeriksaan objektif klien terlihat sudah tidak batuk, Irama nafas regular, frekuensi nafas 23x/menit, terpasang O2 nasal 6 Lpm, tidak terdapat otot bantu nafas, namun masih terdapat suara nafas tambahan yaitu masih terdengar ronki samar-samar pada lobus kanan atas (*Right upper*) dan kiri (*Left upper*).

Dan hasil penelitian jurnal (RAHAYUNINGTYAS, 2019) bahwa masalah bersihan jalan nafas dapat dilakukan selama 3x24 jam, dengan intervensi Memberikan pasien posisi semi fowler, Membantu pasien latihan nafas dalam, Memberikan uap nebulizer dengan ventolin 2,5 mg, Mengobservasi frekuensi pernafasan, irama pernafasan, suara nafas tambahan, Mencatat kemampuan untuk mengeluarkan sputum, Mencatat karakter, jumlah sputum, dan adanya hemoptysis. Dari tindakan diatas yaitu memberikan uap nebulizer dengan ventolin 2,5 mg serta pemberian kapsul batuk didapatkan perbedaan dari kedua respons klien yaitu pada klien 1 pada hasil catatan perkembangan masih sedikit mengeluarkan dan pada klien 2 sudah bisa mengeluarkan dahaknya ketika batuk. Menurut pendapat penulis

hal tersebut dapat terjadi karena kondisi dari setiap klien berbeda, melihat dari seberapa parah infeksi yang ada didalam saluran pernafasan.

Dari hasil study kasus di dapatkan hasil evaluasi pada klien 1 dan 2. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pada klien 1 Ny. R ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada hari ke 3 belum teratasi hal ini dapat di buktikan dari kriteria hasil yang belum tercapai, Ny. R mengatakan masih batuk tapi jarang dan masih sesak, dari hasil pemeriksaan secara objektif masih ada suara tambahan ronkhi, serta frekuensi pernafasan 20x/menit. Sedangkan pada klien Ny. H ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada hari ke 3 sudah teratasi hal ini di buktikan dari kriteria hasil yang sudah tercapai yaitu klien mengatakan dahak sudah banyak keluar, mulai enteng, tidak batuk, tidak sesak, dari hasil pemeriksaan secara objektif tidak ada suara tambahan ronkhi, serta frekuensi pernafasan 18x/menit.

#### **4.5 Evaluasi**

Kriteria Hasil SLKI DPP PPNI, T. (2019). yang relevan setelah dilakukan Implementasi, sebagai berikut :

- 1.Pasien menyatakan bahwa batuk berkurang/hilang tidak ada sesak dan sekret berkurang
- 2.Suara nafas normal (Vesikuler)
- 3.Frekuensi nafas 18-20 X/menit (dewasa)
- 4.Tidak ada dispnea
- 5.Mampu melakukan batuk efektif

Kerieria hasil di atas sesuai dengan apa yang dilakukan di lapangan dan di buktikan dengan penelitian jurnal (Devi Putri, 2018) Berdasarkan hasil tindakan

keperawatan yang dilakukan selama 3x24 jam dan pengevaluasian yang dilakukan, klien 1 dan klien 2 mengalami perkembangan dari kondisi awal, namun dilihat dari pengevaluasian pada hari ke 3, klien 1 masalah sudah teratasi, sedangkan pada klien 2 masalah teratasi sebagian. Hasil pemeriksaan secara objektif klien 1 terlihat sudah tidak batuk, rileks, tidak sesak, irama nafas reguler, frekuensi pernafasan 20x/menit, terpasang O2 nasal namun mulai dilepas, tidak terdapat otot bantu nafas dan suara nafas tambahan dan klien 2 Tn. H terlihat sudah tidak batuk, Irama nafas reguler, frekuensi nafas 23x/menit, terpasang O2 nasal 6 Lpm, tidak terdapat otot bantu nafas, namun masih terdapat suara nafas tambahan yaitu masih terdengar ronki samar-samar pada lobus kanan dan kiri. Teratasi atau tidaknya dipengaruhi oleh lamanya klien mempunyai riwayat batuk yang tidak segera ditangani sehingga mempengaruhi berat ringannya infeksi bakteri TB yang masuk dan banyaknya akumulasi sekret yang ada di dalam.

(RAHAYUNINGTYAS, 2019) Dari hasil study kasus di dapatkan hasil evaluasi pada klien 1 dan 2. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pada klien 1 Ny. R ketidakefektifan bersihan jalan nafas belum teratasi hal ini dapat di buktikan dari kriteria hasil yang belum tercapai, Ny. R mengatakan masih batuk tapi jarang dan masih sesak, dari hasil pemeriksaan secara objektif masih ada suara tambahan ronkhi, serta frekuensi pernafasan 20x/menit. Sedangkan pada klien Ny. H ketidakefektifan bersihan jalan nafas sudah teratasi hal ini di buktian dari kriteria hasil yang sudah tercapai yaitu klien mengatakan dahak sudah banyak keluar, mulai enteng, tidak batuk, tidak sesak, dari hasil pemeriksaan secara objektif tidak ada suara tambahan ronkhi, serta frekuensi pernafasan 18x/menit.

Menurut teori dari Andra & Yessie (2013) klien yang mengalami Tuberkulosis Paru berulang atau mengalami kekambuhan proses kerusakan pada paru sudah lebih luas. Hal ini karena terjadi lesi pada saluran pernafasan, saat Tuberkulosis Paru mendapatkan pengobatan cavitas kecil pada paru akan menutup dan akan meninggalkan jaringan parut. Pada Tuberkulosis berulang sudah terdapat jaringan parut yang tertinggal di saluran pernafasan yang terserang akibatnya jika berulang tempat tersebut akan menjadi pengulangan dari tempat peradangan aktif.

Terdapat kesenjangan dari kasus diatas, kedua klien sama-sama diberikan tindakan keperawatan yang sama tetapi dengan respon yang berbeda. Hal itu dapat terjadi karena banyak faktor, beberapa faktor yang dapat ditinjau untuk dijadikan penyebab adalah karena pada klien 1 atas nama Ny. R sebelumnya memiliki riwayat Tuberkulosis Paru lebih lama, sembuh dan kambuh lagi dimana pada pengobatan yang kedua klien tidak patuh minum obat saat menjalani program OAT dan memilih putus obat sedangkan pada klien Ny. H telah sembuh dari Tuberkulosis Paru namun kambuh ditahun 2019 dikarenakan dalam keluarganya masih terdapat anggota yang mengalami Tuberkulosis paru positif. Menurut peneliti efektivitas dari pemberian tindakan juga bergantung dari semangat klien untuk sembuh, serta sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh klien dan berat ringannya infeksi kuman tuberculosis yang masuk.