



**ASUHAN KEPERAWATAN TUBERKULOSIS PARU PADA
Ny. R DAN Nn. SDENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS DI
RUANG MELATI RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2017**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Iis Ariskiyani
NIM 152303101068**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN TUBERKULOSIS PARU PADA
Ny. R DAN Nn. SDENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS DI
RUANG MELATI RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2017**

LAPORAN TUGAS AKHIR

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (D3)
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh

**Iis Ariskiyani
NIM 152303101068**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2018**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Tuberkulosis Paru Pada Ny. R Dan Nn. S Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017” telah disetujui pada:

Hari, tanggal : Senin, 5 Maret 2018

Tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

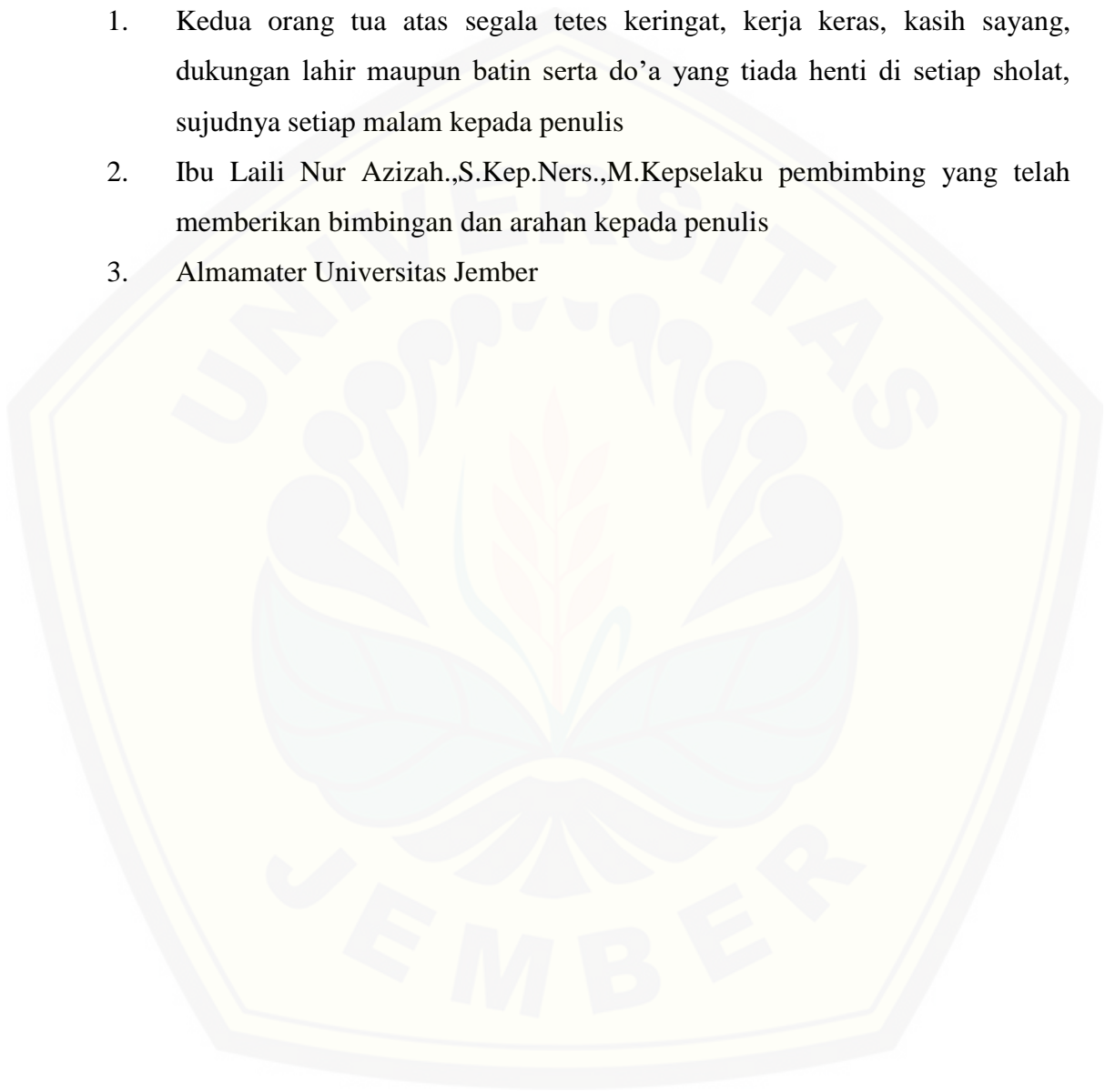
Dosen Pembimbing,

Laili Nur Azizah.,S.Kep.Ners.,M.Kep
NIP 19751004 200801 2016

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, Laporan Tugas Akhir ini persembahkan untuk:

1. Kedua orang tua atas segala tetes keringat, kerja keras, kasih sayang, dukungan lahir maupun batin serta do'a yang tiada henti di setiap sholat, sujudnya setiap malam kepada penulis
2. Ibu Laili Nur Azizah.,S.Kep.Ners.,M.KepSelaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis
3. Almamater Universitas Jember



MOTO

“Didiklah jiwamu dengan segala ilmu, maka ia akan menjadi tinggi derajatnya. Lalu kamu akan melihat keseluruhan ilmu itu, dan bagi keseluruhannya itulah bermukimnya ilmu.”

“Sesungguhnya jiwa bagaikan kaca, dan akal pikirannya bagaikan lampunya. Sedang hikmah (kebajikan) Allah SWT bagaikan minyaknya. Maka jika ia bercahaya, kamu menjadi hidup. Dan jika iapadam, maka kamu akan mati.”

(Ibnu Sina)

^{*}Muzayyin Arifin. 2007. Kapita Selekta Pendidikan Islam. Jakarta: PT Bumi Aksara.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Iis Ariskiyani

TTL : Lumajang, 01 Agustus 1997

NPM : 152303101068

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya tulis ilmiah yang berjudul "Asuhan Keperawatan Tuberculosis Paru Pada Nn. R Dan Nn. S Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018" adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali kutipan yang sudah disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggungjawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari tidak benar.

Lumajang, 22 Maret 2018

Yang menyatakan,



Iis Ariskiyani
NIM 152303101068

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN TUBERKULOSIS PARU PADA
Ny. R DAN Nn. SDENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAFAS DI
RUANG MELATI RSUD dr. HARYOTO LUMAJANG
TAHUN 2017**

Oleh

Iis Ariskiyani

NIM 152303101068

Pembimbing

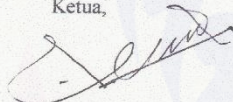
Laili Nur Azizah.,S.Kep.Ners.,M.Kep
NIP 19751004 200801 2016

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah yang “Asuhan Keperawatan Tuberculosis Paru Pada Nn. R Dan Nn. S Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

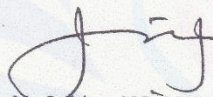
Hari : Senin
Tanggal : 21 Mei 2018
Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

Tim Penguji:
Ketua,



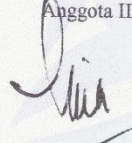
Zainal Abidin, S.Pd..M.Kes
NIP. 19800131 200801 1 007

Anggota I,



Ns. Indriana N.I., M.Kep
NIP. 19720519 199703 2 003

Anggota II,



Laili Nur Azizah., S.Kep.Ners..M.Kep
NIP. 19751004 200801 2 016

Mengesahkan,

Koordinator Program Studi
D3 Keperawatan Universitas Jember
Kampus Lumajang



Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM
NIP 19650629 198703 2 008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Tuberculosis Paru Pada Ny. R Dan Nn. S Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang 2017; Iis Ariskiyani, 152303101068; 2018; Progam Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang.

Penyakit Tuberculosis Paru merupakan penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan dalam masyarakat. Kegelisahan global ini didasarkan pada fakta bahwa pada sebagian besar negara di dunia, penyakit TB Paru tidak terkendali, banyak penderita yang tidak berhasil disembuhkan, terutama penderita menular (BTA Positif). Gejala dini dan sering dikeluhkan ialah batuk yang terus-menerus dengan disertai penumpukan sekret di saluran pernapasan bawah. Batuk ini, apabila tidak segera ditangani maka akan mengakibatkan komplikasi yaitu hemoptisis berat, kolaps, bronkiektasis, dan pneumotorak, serta juga menyebabkan penyebaran infeksi ke organ lain. Gejala batuk pada pasien TB dapat menurunkan fungsi kerja silia dan mengakibatkan penumpukan sekret pada saluran pernafasan sehingga menimbulkan diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas.

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi Asuhan Keperawatan pada klien TB Paru dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2017. Desain penelitian yang digunakan adalah laporan kasus yang menggunakan metode pengumpulan data wawancara, observasi, dan dokumentasi. Partisipan penelitian adalah 2 partisipan yang dirawat di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang dengan batasan usia produktif yaitu 18-40 tahun, minimal MRS hari pertama, kesadaran compos mentis, serta didiagnosa medis TB Paru dengan tanda dan gejala batuk lebih dari 3 minggu, terdapat suara napas tambahan, sputum berlebih, dan sesak. Intervensi yang dilakukan penulis adalah mengajarkan teknik batuk efektif yang berguna

untuk memperlancar pengeluaran sekret. Tindakan ini dilakukan oleh penulis kepada klien selama \pm 10 menit, 3 kali sehari, selama 3 hari berturut-turut.

Hasil yang didapatkan setelah implementasi batuk efektif adalah klien mampu mengeluarkan sekret secara maksimal. Secara verbal klien tidak mengatakan sesak dan batuk berkurang, masalah teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang ditetapkan. Dari hasil tersebut, diharapkan kepada peneliti lebih lanjut untuk meningkatkan frekuensi latihan batuk efektif agar klien dan keluarga mampu melakukan secara mandiri dan agar klien mampu mencegah terjadinya komplikasi. Selain itu, keluarga juga diharapkan untuk lebih paham mengenai teknik batuk efektif dan penyakit TB Paru, agar keluarga mampu menjadi motivator atau penyemangat atau pendamping yang baik bagi klien disaat tidak ada perawat, selain itu agar keluarga mampu merawat klien TB Paru saat berada di rumah untuk mencegah terjadinya komplikasi.

SUMMARY

Care of nursing toward TB on Mrs. R and Miss S with the nursing problem that is ineffectiveness of cleanness in airway in Melati room of dr. Haryoto Lumajang in 2017; Iis Ariskiyani, 152303101068; 2018; DIII Nursing Program in Faculty of Nursing, Jember University, Lumajang Campus.

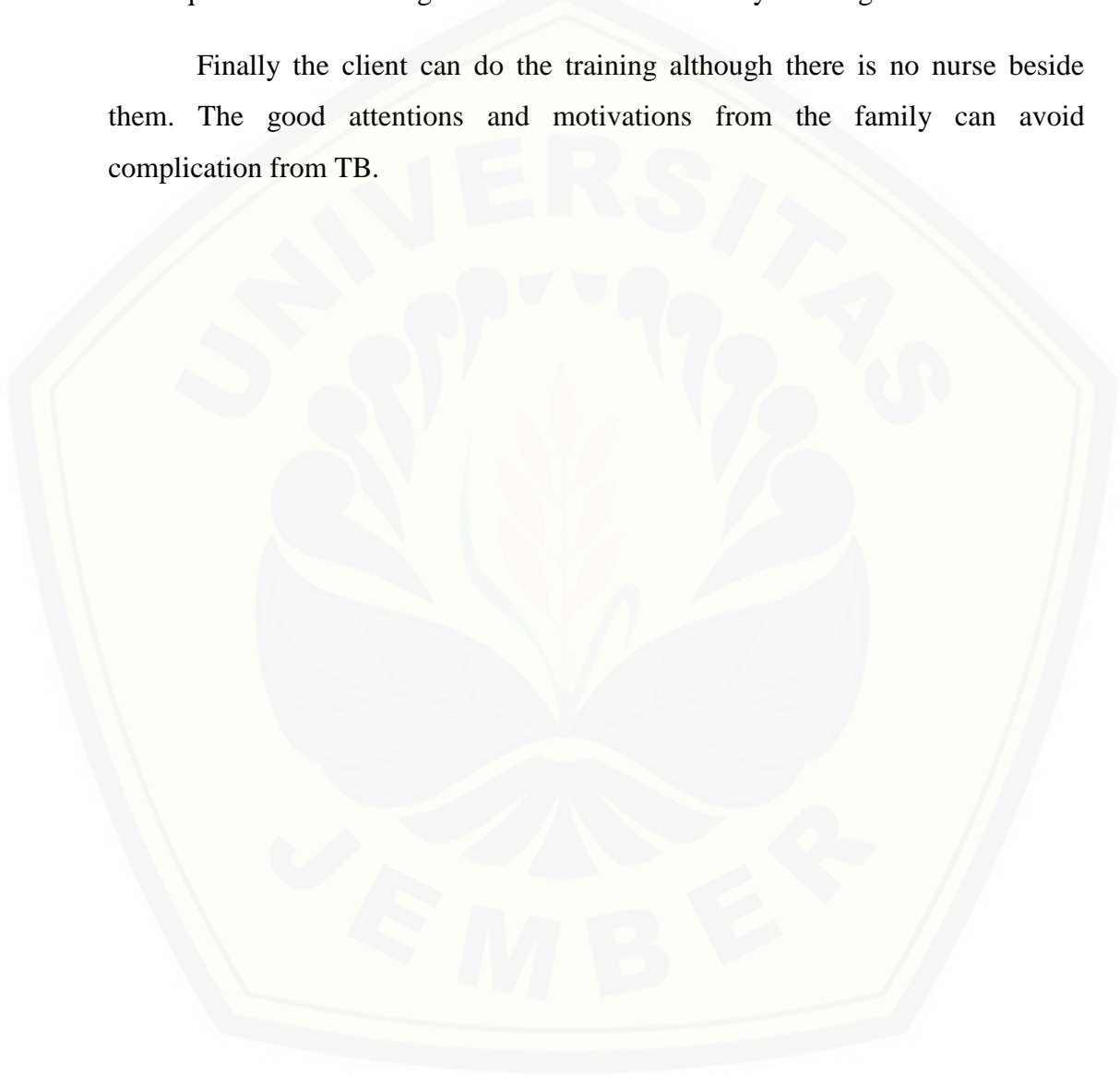
TB is infectious disease that commonly happen in the society. TB becomes a healthy problem and a social worry. In the service to handle it, the common symptom is the continuing cough for more than 3 weeks. Some TB patienta can't be recovered. If TB can't be controlled, it can impact complicated ones, such us: collapse, hemoptysis, bronchiectasis and pneumotoract. Further it can make the spreading infection to another part of body. The cough symptom of TB patient can decrease the sticking of sputum to the respiratory attract.

The goal of the research is to explore the nursing care of the TB patient with nursing problem the in effectiveness of airway cleanness in dr. Haryoto RSUD Lumajang in 2017. The design of this research uses a special report that uses the collecting data method, interview, observation and documentation. There are 2 participants that cared in Melati Room of dr. Haryoto RSUD Lumajang with the productive maximal age is between 18-40 years old, in the first day of hospitalizing, composmentis conciousness (normal conciousness) and the diagnose of medical TB with the symptom and cough indication more that 3 weeks. There is additional voice, over sputum done, difficult to breath. Intervention that is done by the writer is learning how to do effective cough that is useful to release the way to throw the sputum. This statement is done by the writer to the client for ten minutes in 3 day, for continuing 3 day.

The result after the implementation of effective cough is the client can throw out the sputum maximally. Verbally the clients can not say that he is unrelieved and the cough is decreasing. The problem can be solved based on the result decicion applied.

From the result, the researcher is expected to increase the frequency of the effective cough training, so that the client and their family can do the training by themselves at home. For the patients themselves, they can prevent the complications. Beside that the family is expected to understand more about the technique of effective cough and TB. So that the family can be good motivators.

Finally the client can do the training although there is no nurse beside them. The good attentions and motivations from the family can avoid complication from TB.



PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga Laporan Tugas Akhir ini dapat terselesaikan dengan baik. Dalam penyusunan ini tidak lepas dari segala bimbingan dan bantuan berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku rektor Universitas Jember.
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep.,M.Kes., selaku dekan fakultas keperawatan Universitas Jember.
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM, selaku Koordinator Pengelola Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember KampusLumajang yang telah memberikan izin dalam melakukan Studi Kasus ini.
4. Bapak Zainal Abidin, S.Pd.,M.Kes selaku anggota penguji 1 yang telah bersedia menyempatkan waktunya untuk menguji dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Indriana N.I., M.Kep selaku anggota penguji 2 yang telah bersedia menyempatkan waktunya untuk menguji dalam sidang Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Ibu Laili Nur Azizah., S.Kep.Ners.,M.Kep selaku anggota penguji 3 sekaligus pembimbing yang telah membimbing serta mengarahkan penulis sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai dengan baik.
7. Bapak dan Ibu tercinta serta seluruh keluarga yang telah menyambung doa, dan memberikan motivasi untuk terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Rekan-rekan tingkat III D3 Keperawatan Universitas JemberKampus Lumajang yang telah setia berjuang bersama dalam suka dan duka dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan di masa mendatang.

Lumajang, 22 Maret 2018

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN LOGO..... | ii |
| PERSETUJUAN PEMBIMBING | iii |
| PERSEMBAHAN..... | iv |
| MOTO | v |
| PERNYATAAN..... | vi |
| PERSETUJUAN..... | vii |
| PENGESAHAN | viii |
| RINGKASAN | ix |
| SUMMARY | xi |
| PRAKATA | xiii |
| DAFTAR ISI..... | xiv |
| DAFTAR TABEL | xvi |
| DAFTAR GAMBAR..... | xvii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xviii |
| | |
| BAB 1 PENDAHULUAN | 1 |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan Masalah | 5 |
| 1.3 Tujuan Penulisan..... | 5 |
| 1.4 Manfaat Penulisan | 5 |
| | |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA..... | 6 |
| 2.1 Konsep Teori TB Paru | 6 |
| 2.1.1 Definisi..... | 6 |
| 2.1.2 Etiologi..... | 7 |
| 2.1.3 Klasifikasi | 8 |
| 2.1.4 Patofisiologi | 8 |
| 2.1.5 Manifestasi Klinis | 13 |
| 2.1.6 Pemeriksaan | 15 |
| 2.1.7 Pencegahan | 16 |
| 2.1.8 Penanganan Medik..... | 18 |
| 2.1.9 Komplikasi..... | 18 |
| 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan | 19 |
| 2.2.1 Pengkajian | 19 |
| 2.2.2 Diagnosa Keperawatan | 24 |
| 2.2.3 Intervensi Keperawatan | 25 |
| 2.2.4 Implementasi Keperawatan..... | 27 |
| 2.3.6 Evaluasi Keperawatan..... | 27 |
| | |
| BAB 3 METODE PENULISAN..... | 29 |
| 3.1 Desain Penelitian..... | 29 |
| 3.2 Batasan Istilah..... | 29 |

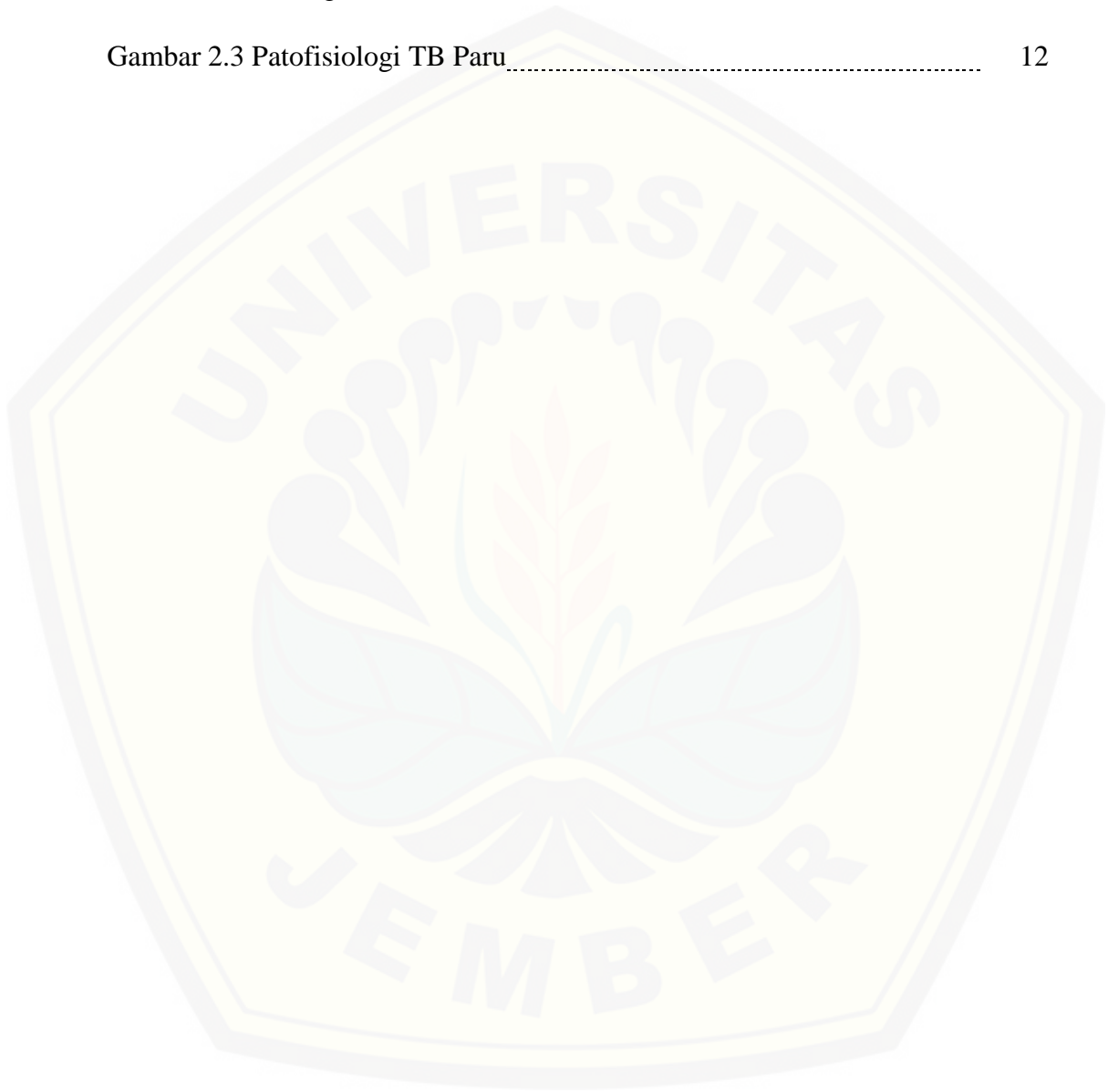
| | | |
|---|--|-----------|
| 3.3 | Partisipan..... | 30 |
| 3.4 | Lokasi dan Waktu | 30 |
| 3.5 | Pengumpulan Data | 30 |
| 3.6 | Uji Keabsahan Data | 31 |
| 3.7 | Analisa Data..... | 31 |
| 3.8 | Etika Penelitian | 33 |
| BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN | | 35 |
| 4.1 | Gambaran Lokasi Pengambilan Data | 35 |
| 4.2 | Pengkajian..... | 35 |
| 4.3 | Diagnosa Keperawatan | 57 |
| 4.4 | Intervensi Keperawatan | 58 |
| 4.5 | Implementasi Keperawatan..... | 60 |
| 4.6 | Evaluasi Keperawatan..... | 63 |
| BAB 5 PENUTUP..... | | 65 |
| 5.1 | Kesimpulan..... | 65 |
| 5.1.1 | Pengkajian | 65 |
| 5.1.2 | Diagnosa Keperawatan..... | 65 |
| 5.1.3 | Intervensi Keperawatan..... | 66 |
| 5.1.4 | Implementasi Keperawatan | 66 |
| 5.1.5 | Evaluasi Keperawatan | 66 |
| 5.2 | Saran..... | 66 |
| 5.2.1 | Bagi Keluarga..... | 66 |
| 5.2.2 | Bagi Pelayanan Kep..... | 67 |
| 5.2.3 | Bagi Peneliti Selanjutnya..... | 67 |
| DAFTAR PUSTAKA | | 68 |

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 2. 1Intervensi Keperawatan..... | 26 |
| Tabel 4. 1Identitas Klien..... | 35 |
| Tabel 4. 2Identitas Informan | 36 |
| Tabel 4. 3Keluhan Utama..... | 36 |
| Tabel 4. 4Riwayat Penyakit..... | 38 |
| Tabel 4. 5Pola Fungsi Kesehatan..... | 40 |
| Tabel 4. 6Pola Fungsi Kesehatan..... | 45 |
| Tabel 4. 7Keadaan Umum dan Tanda Vital..... | 46 |
| Tabel 4. 8 Pemeriksaan Kepala Leher dan Sistem Pernafasan..... | 47 |
| Tabel 4. 9Pemeriksaan Sistem Integumen..... | 50 |
| Tabel 4. 10Pemeriksaan Sistem Pencernaan..... | 51 |
| Tabel 4. 11Pemeriksaan Sistem Muskulo dan Neuro..... | 52 |
| Tabel 4. 12Hasil Pemeriksaan Penunjang..... | 53 |
| Tabel 4. 13Diagnosa Medis dan Terapi..... | 55 |
| Tabel 4. 14Analisa Data..... | 55 |
| Tabel 4. 15Diagnosa Keperawatan..... | 57 |
| Tabel 4. 16Intervensi Keperawatan..... | 58 |
| Tabel 4. 17Implementasi Klien 1..... | 60 |
| Tabel 4. 18Implementasi Klien 2..... | 61 |
| Tabel 4. 19 Evaluasi Klien 1..... | 63 |
| Tabel 4. 20Evaluasi Klien 2..... | 63 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---------------------------------------|----|
| Gambar 2.1 TB Paru..... | 6 |
| Gambar 2.2 Etiologi TB Paru..... | 7 |
| Gambar 2.3 Patofisiologi TB Paru..... | 12 |



DAFTAR LAMPIRAN

| | |
|---|----|
| Lampiran 3.1 Informed Consent..... | 70 |
| Lampiran 3.2 Jadwal Penelitian..... | 71 |
| Lampiran 3.3 Surat Izin Penyusunan KTI..... | 72 |
| Lampiran 3.4 Surat Izin Pengambilan Data..... | 73 |
| Lampiran 3.5 Surat Izin RSUD dr. Haryoto..... | 74 |
| Lampiran 4.1 Analisa Data Tambahan Klien 2..... | 75 |
| Lampiran 4.2 Daftar Diagnosa Kep Tambahan..... | 78 |
| Lampiran 4.3 Intervensi Kep Tambahan Klien 2..... | 80 |
| Lampiran 4.4 Intervensi Kep Tambahan Klien 2..... | 82 |
| Lampiran 4.5 Evaluasi Kep Tambahan Klien 2..... | 88 |
| Lampiran 4.6 Satuan Acara Penyuluhan..... | 90 |

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Secara umum, penyakit tuberkulosis paru merupakan penyakit infeksi yang masih menjadi masalah kesehatan dalam masyarakat. (Naga, 2012). Penyakit tuberkulosis adalah penyakit yang sangat epidemik karena kuman *mycobacterium tuberculosis* telah menginfeksi sepertiga penduduk dunia. Kegelisahan global ini didasarkan pada fakta bahwa pada sebagian besar negara di dunia, penyakit tuberkulosis tidak terkontrol, hal ini disebabkan banyak penderita yang tidak berhasil disembuhkan, terutama penderita menular (BTA positif). (Wahid & Suprpto, 2013). World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa situasi Tuberkulosis (TB) mengalami kegawatan terutama epidemi HIV/AIDS dan kasus resistensi obat TB Paru (Depkes RI, 2009).

Gejala dini dan sering dikeluhkan ialah batuk yang terus-menerus dengan disertai penumpukan sekret disaluran pernafasan bawah. Batuk yang dilakukan pada penderita Tuberculosis paru merupakan batuk yang tidak efisien dan membahayakan. Akibat yang ditimbulkan dari batuk yang tidak efisien ialah adanya cedera pada struktur paru-paru yang halus dan batukpun akan semakin parah dan mengakibatkan sarang penyakitnya pecah dan keluar darah (Alsogaff, 2002 dalam Kristiani, 2008). Apabila tidak segera ditangani maka akan mengakibatkan komplikasi yaitu hemoptisis berat, kolaps paru, bronkiektasis, dan pneumotorak, serta juga menyebabkan penyebaran infeksi ke organ lain. (Wahid & Suprpto, 2013). Dengan tidak adanya pengobatan yang efektif untuk penyakit yang kronik, maka akan berakhir dengan kematian. (Harrison, 2015)

Penyakit tuberkulosis diperkirakan masih menyerang 9,6 juta orang dan menyebabkan 1,2 juta kematian pada tahun 2014. India, Indonesia dan China merupakan negara dengan penderita tuberkulosis terbanyak yaitu berturut-turut 23%, 10% dan 10% dari seluruh penderita di dunia (WHO, Global Tuberculosis Report, 2015). Angka prevalensi TB pada tahun 2014 menjadi sebesar 647/100.000 penduduk meningkat dari 272/100.000 penduduk pada tahun sebelumnya, angka insidensi tahun 2014 sebesar 399/100.000 penduduk dari

sebelumnya sebesar 183/100.000 penduduk pada tahun 2013, demikian juga dengan angka mortalitas pada tahun 2014 sebesar 41/100.000 penduduk, dari 25/100.000 penduduk pada tahun 2013 (WHO, Global Tuberculosis Report, 2015). Pada tahun 2015 ditemukan jumlah kasus tuberkulosis sebanyak 330.910 kasus, meningkat bila dibandingkan semua kasus tuberkulosis yang ditemukan pada tahun 2014 yang sebesar 324.539 kasus. Jumlah kasus tertinggi yang dilaporkan terdapat di provinsi dengan jumlah penduduk yang besar yaitu Jawa Barat, Jawa Timur dan Jawa Tengah. Kasus tuberkulosis di tiga provinsi tersebut sebesar 38% dari jumlah seluruh kasus baru di Indonesia. Adapun jumlah presentase tersebut meningkat dari tahun 2011-2015 yaitu 8,54%.

Di daerah Lumajang, presentase kesembuhan mengalami peningkatan, tetapi untuk pengobatan yang lengkap mengalami penurunan yaitu sebesar 1,34%, sehingga dengan pengobatan yang tidak lengkap ini menyebabkan jumlah penderita baru yang diduga TB paru mengalami peningkatan, karena kuman tidak benar-benar dimusnahkan atau dimatikan dengan proses pengobatan yang kemudian akan menularkan ke orang lain. Profil Kesehatan Lumajang di daerah Ranuyoso pada tahun 2014 mengalami peningkatan sebesar 57% dari tahun 2013 yang tercatat 45,6%, hal ini terjadi karena pada daerah tersebut tidak melakukan SPM (Standar Pelayanan Minimal) yang telah ditetapkan oleh pemerintah, sehingga jumlah penderita TB meningkat. (Setyowati, 2014). Data yang ditemukan peneliti di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang menunjukkan jumlah penderita TB paru pada tahun 2018 terdapat 45 penderita TB paru yang dirawat inap di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang terhitung bulan Januari sampai dengan April.

Pada saat penderita batuk atau bersin, kuman TB paru dan BTA positif yang berbentuk droplet sangat kecil ini akan berterbangan di udara. Droplet yang sangat kecil kemudian mengering dengan cepat dan menjadi droplet yang mengandung kuman tuberkulosis. Kuman ini dapat bertahan di udara selama beberapa jam lamanya, sehingga cepat atau lambat droplet yang mengandung unsur kuman tuberkulosis ini akan terhirup oleh orang lain. Apabila droplet ini telah terhirup dan bersarang di dalam paru-paru seseorang, maka kuman ini akan mulai

membelah diri atau berkembang biak. Dari sinilah akan terjadi infeksi dari satu penderita ke calon penderita lain (Naga, 2012).

Menurut (Yasmara, 2016) masalah yang umum pada penderita TB paru yaitu: risiko infeksi, ketidakefektifan bersihan jalan napas, gangguan pertukaran gas, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, dan ketidakefektifan manajemen kesehatan. Menurut (Wahid & Suprpto, 2013) ketidakefektifan bersihan jalan napas merupakan masalah yang utama pada penderita TB paru, dimana arti dari ketidakefektifan bersihan jalan nafas merupakan ketidakmampuan membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran napas untuk mempertahankan bersihan jalan napas. (Yasmara, 2016).

Pada penderita Tuberculosis paru dalam hal ini yang menjadi gejala dini dan sering dikeluhkan ialah batuk yang terus-menerus dengan disertai penumpukan sekret disaluran pernafasan bawah. Batuk yang dilakukan pada penderita Tuberculosis paru merupakan batuk yang inefisien dan membahayakan. Penderita Tuberculosis melakukan batuk tersebut karena mereka menganggap dengan batuk dapat mengeluarkan sekret yang mengganggu jalannya nafas. Bahkan penderita Tuberculosis paru yang menderita batuk kronik cenderung untuk menyangkal dan meremehkan batuk mereka. Hal ini sering dilakukan karena penderita Tuberculosis paru sudah sangat terbiasa dengan hal tersebut, sehingga mereka tidak menyadari betapa sering hal itu terjadi. Akibat yang ditimbulkan dari batuk yang inefisien ialah adanya cedera pada struktur paru-paru yang halus dan batukpun akan semakin parah. Walaupun semua ini demi mengeluarkan sekret, hasil pengeluaran sekretnya tidak berarti (Alsogaff, 2002 dalam Kristiani, 2008).. Gejala batuk pada pasien TB dapat menurunkan fungsi kerja silia dan mengakibatkan penumpukan sekret pada saluran pernafasan, tertimbunnya sekret ini dapat menambah batuk semakin keras karena sekret menyumbat saluran napas, sehingga apabila hal tersebut dilakukan terus-menerus maka penyakitnya bertambah parah dan mengakibatkan sarang penyakitnya pecah dan keluar darah (Hendrawan, 1996 dalam Kristiani, 2008). Tertimbunnya sekret tersebut dapat menegakkan diagnosa keperawatan yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan secret (Syam, 2012 dalam Nelvia, 2016).

Intervensi secara keseluruhan yang bisa diberikan pada penderita TB Paru khususnya pada masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas yaitu: kaji fungsi pernafasan, catat pengeluaran mukosa atau batuk efektif, catat karakter, jumlah sputum, adanya hemoptisis, berikan posisi semi fowler atau fowler, bantu pasien untuk batuk dan latihan nafas dalam, bersihkan sekret dari mulut trakea (penghisapan sesuai keperluan), pertahankan masukan cairan sedikitnya 2500 ml/hari kecuali kontra indikasi, dan kolaborasikan obat-obatan sesuai indikasi: agen mukolitik dan bronkodilator atau kortikosteroid. (Doengoes, 2000)

Salah satu intervensi yang dilakukan dalam masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada penderita TB Paru yaitu dengan cara batuk efektif (Kristiani, 2016). Menurut (Stari, 2008 dalam Nelvia, 2016) batuk efektif merupakan suatu metode batuk dengan benar, dimana klien dapat menghemat energi sehingga tidak mudah lelah dan dapat mengeluarkan dahak secara maksimal. Diharapkan setelah dilakukan batuk efektif tersebut dapat meningkatkan ekspansi paru, mobilisasi sekresi dan mencegah efek samping dari retensi sekresi. Sebelum dilakukan batuk efektif terlebih dahulu penderita Tuberculosis paru dianjurkan untuk minum air hangat untuk mengencerkan sekret agar mudah untuk dikeluarkan melalui cara batuk efektif (Kristiani, 2016). Penelitian Pranowo (2012) dalam (Mardiono, 2013), membuktikan bahwa latihan batuk efektif sangat efektif dalam pengeluaran sputum dan membantu membersihkan sekret pada jalan nafas serta mampu mengatasi sesak nafas pada pasien TB. Pada penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Nugroho, 2011) tindakan batuk efektif mampu meningkatkan jumlah presentasi dalam pengeluaran sputum yaitu meningkat dari 53,33% menjadi 66,66%. Hal ini telah dibuktikan bahwa teknik batuk efektif sangat efektif dalam pengeluaran sputum.

Dari uraian di atas, maka penulis tertarik untuk membahas tentang “Asuhan Keperawatan Pada Pasien TB Paru Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di RSUD dr. Haryoto Lumajang”.

1.2 Rumusan Masalah Penulisan

Bagaimana pelaksanaan Asuhan Keperawatan Tuberkulosis Paru Pada Ny. R Dan Nn. S Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di RSUD dr. Haryoto Lumajang pada tahun 2017?

1.3 Tujuan Penulisan

Menerapkan Asuhan Keperawatan Tuberkulosis Paru Pada Ny. R Dan Nn. S Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di RSUD dr. Haryoto Lumajang pada tahun 2017.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Penulis

Penulis berharap dapat menambah pengalaman dan wawasan pengetahuan serta melatih kemampuan diri dalam memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada klien TB Paru

1.4.2 Bagi Klien

Penulis berharap klien dan keluarga mampu mengenal dan mengatasi masalah keperawatan yang dihadapi klien dan meningkatkan kesehatan bagi klien.

1.4.3 Bagi D3 Keperawatan Unej Kampus Lumajang

Penulis berharap dapat dijadikan sebagai bahan bacaan atau sumber referensi bagi teman-teman atau adik tingkat di D3 Keperawatan Unej Kampus Lumajang.

1.4.4 Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat memberikan gambaran Asuhan keperawatan yang di lakukan Rumah Sakit terhadap klien TB Paru dan meningkatkan peran perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada klien TB Paru sehingga mampu meminimalkan komplikasi.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Tuberculosis Paru

2.1.1 Definisi

Tuberculosis paru akut atau kronik merupakan infeksi yang ditandai dengan infiltrasi paru dan pembentukan granulasi dengan perkijauan, fibrosis, dan kavitasi. (Tiar, Praptiani, & Bariid, 2011)

Tuberculosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh “Mycobacterium Tuberculosis”. Kuman ini yang dapat menyerang semua organ bagian tubuh manusia, dan yang paling sering terkena adalah organ paru (90%). (Wahid & Suprpto, 2013)

Tuberculosis merupakan penyakit yang disebabkan oleh Mycobacterium Tuberculosis yang merupakan kuman aerob yang dapat hidup terutama di paru atau berbagai organ tubuh lainnya yang mempunyai tekanan parsial oksigen yang tinggi. (Yasmara & dkk, 2017)

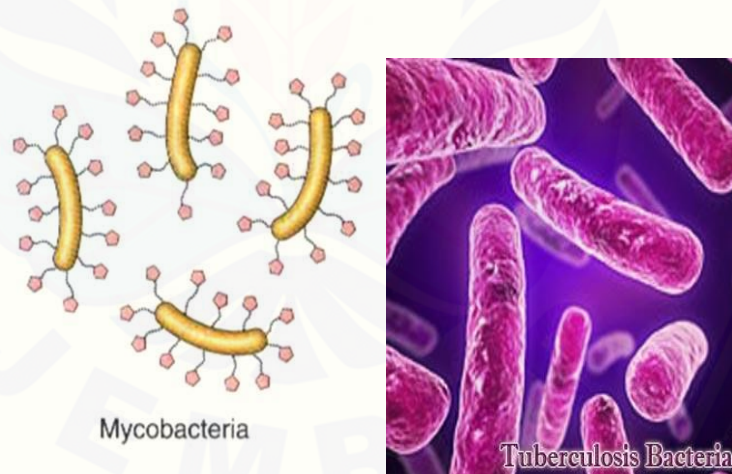


Gambar 2.1 TB Paru
(Yasmara, Nursiswati & dkk, 2017)

2.1.2 Etiologi

Penyakit tuberculosis disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis*. Bakteri ini berbentuk batang dan memiliki panjang 1-4 μm dan tebal 0,3-0,6 μm . Kuman ini memiliki sifat tahan terhadap asam karena dilapisi oleh lemak/lipid. Sifat lain dari kuman ini adalah aerob yang menyukai daerah yang banyak mengandung oksigen. (Yasmara & dkk, 2017)

Kuman ini tahan hidup pada udara kering maupun dalam keadaan dingin (dapat tahan bertahun-tahun dalam lemari es). Hal ini terjadi karena kuman berada dalam sifat dormant. Dari sifat dormant ini kuman dapat bangkit kembali dan menjadi tuberculosis aktif kembali. Bakteri ini bersifat aerob yang menyukai jaringan yang tinggi akan kandungan oksigennya, dalam hal ini tekanan bagian apikal paru-paru lebih tinggi dari pada bagian lainnya, sehingga bagian apikal ini merupakan tempat predileksi penyakit tuberculosis. (Wahid & Suprpto, 2013)



Gambar 2.2 Etiologi TB Paru
(Wahid & Suprpto, 2013)

a. Faktor Risiko

Adapun berbagai faktor risiko yang mempengaruhi seseorang terjangkit penyakit Tuberculosis Paru, diantaranya yaitu:

- 1) Pecandu alkohol. Pada pasien pecandu alkohol yang memiliki kelainan pada hati akan mengalami penurunan jumlah limfosit.
- 2) Infeksi HIV, pada pasien yang terinfeksi HIV terjadi penurunan dan disfungsi limfosit T CD4 secara progresif disertai terjadinya defek fungsi makrofag dan monosit.
- 3) Diabetes Militus (DM). Pada pasien DM dengan kadar gula yang tinggi akan memicu terjadinya defek imunologi yang akan menurunkan fungsi neutrofil, monosit, maupun limfosit.
- 4) Kemiskinan diidentikan dengan keadaan malnutrisi, keadaan malnutrisi menurunkan resistensi terhadap infeksi, karena produksi antibodi oleh tubuh berkurang sehingga disimpulkan bahwa semua faktor risiko TB menurunkan fungsi imun tubuh yang berfungsi sebagai pertahanan tubuh terhadap kuman TB. (Yasmara, Nursiswati, 2017)

Adapun menurut (Tiar, Praptiani, & Bariid, 2011) faktor risiko yang muncul yaitu:

- a) Kontak dengan pasien yang baru didiagnosis TB.
- b) Riwayat terpajan TB sebelumnya.
- c) Berganti-ganti pasangan seksual.
- d) Gastrektomi.
- e) Tinggal di panti wreda, rumah sakit jiwa, atau penjara.

2.1.3 Klasifikasi

Ada beberapa klasifikasi penyakit Tuberculosis Paru, diantaranya menurut (Padila, 2013), yaitu:

- a. Kategori 0 : tidak pernah terpapar atau terinfeksi, riwayat kontak negatif, dan tes tuberkulin negatif.
- b. Kategori I : terpapar TB tapi tidak terbukti ada infeksi, riwayat atau kontak dengan penderita TB negatif, tes tuberkulin negatif.

- c. Kategori II : terinfeksi TB tapi tidak sakit, tes tuberkulin positif, dan radiologis serta sputum negatif.
- d. Kategori III:terinfeksi dan sputum positif.

Adapun menurut (Wahid & Suprpto, 2013) ada beberapa klasifikasi TB, diantaranya adalah sebagai berikut:

- a. Pembagian secara patologis:
 - 1) Tuberculosis primer (*childhood tuberculosis*).
 - 2) Tuberculosis post primer (*adult tuberculosis*).
- b. Pembagian secara aktivitas radiologis tuberculosis paru aktif, non aktif dan *quiscent* (bentuk aktif yang mulai menyembuh).
- c. Pembagian secara radiologis (luas lesi).

Klasifikasi TB paru dibuat berdasarkan gejala klinik, bakteriologik, radiologik dan riwayat penyakit sebelumnya. Klasifikasi ini penting karena merupakan salah satu faktor determinan untuk menetapkan strategi terapi. Sesuai dengan progeam Gerdunan P2TB klasifikasi TB paru dibagi sebagai berikut:

- a. TB paru BTA positif dengan kriteria:
 - 1) Dengan atau tanpa gejala klinik.
 - 2) BTA positif: mikroskopik positif 2 kali, mikroskopik positif 1 kali disokong biakan positif satu kali atau disokong radiologik 1 kali.
 - 3) Gambaran radiologik sesuai dengan TB paru.
 - b. TB paru BTA negatif dengan kriteria:
 - 1) Gejala klinik dan gambaran radiologik sesuai dengan TB paru aktif.
 - 2) BTA negatif, biakan negatif tetapi radiologik positif.
 - c. Bekas TB paru dengan kriteria:
 - 1) Bakteriologik (mikroskopik dan biakan) negatif.
 - 2) Gejala klinik tidak ada atau ada gejala sisa akibat kelainan paru.
 - 3) Radiologik menunjukkan gambaran lesi TB inaktif, menunjukkan serial foto yang tidak berubah.
 - 4) Ada riwayat pengobatan OAT yang adekuat (lebih mendukung).
- (Wahid & Suprpto, 2013)

2.1.4 Patofisiologi

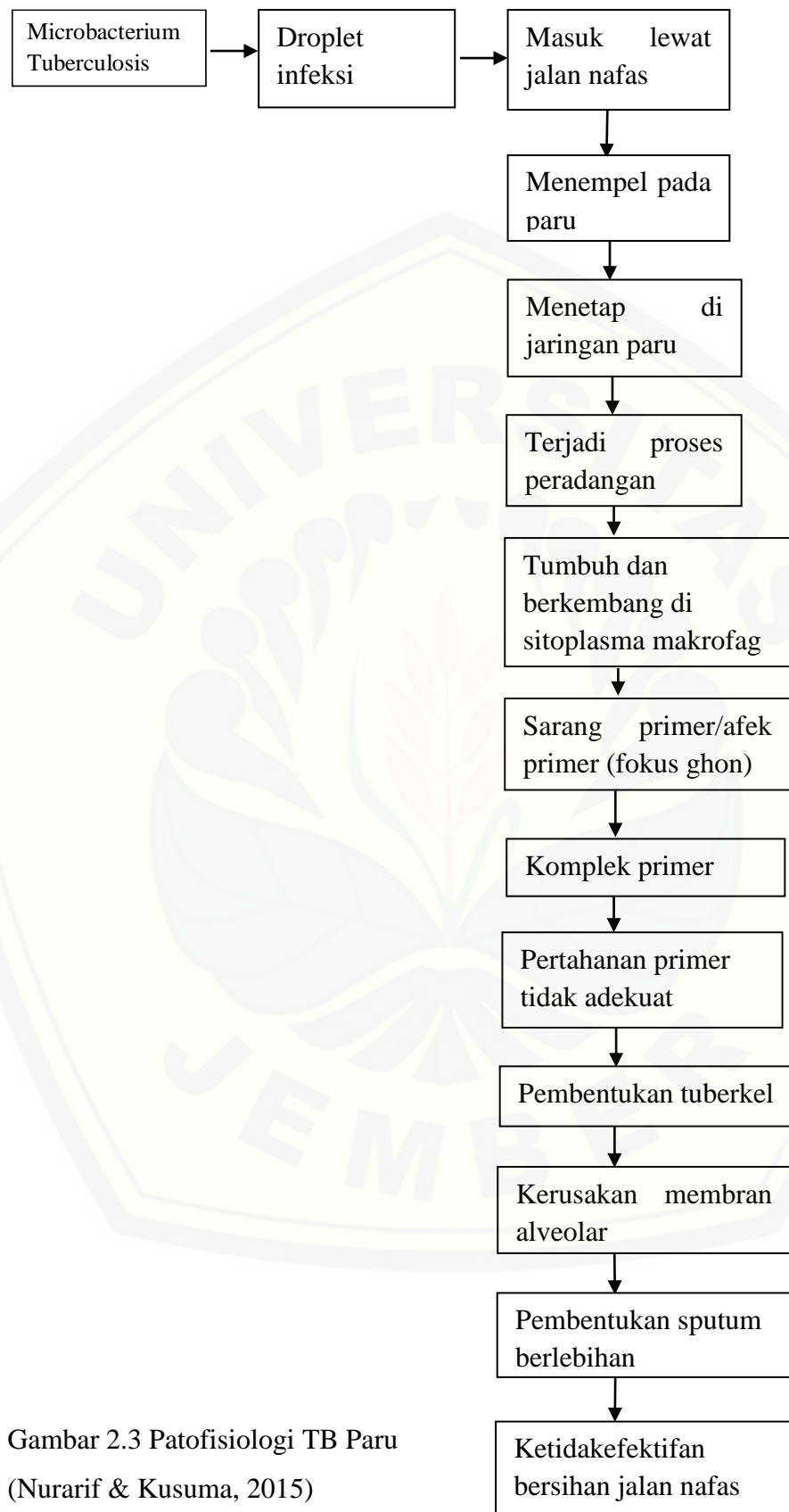
Proses infeksi penyakit tuberculosis dibagi menjadi dua yaitu infeksi primer dan infeksi sekunder. Infeksi primer adalah waktu pertama kali terinfeksi TB. Kuman TB yang dibatukkan atau dibersihkan menghasilkan droplet nuklei dalam udara, sifat kuman TB dalam udara bebas bertahan 1-2 (bergantung pada sinar ultraviolet, ventilasi dan kelembapan), dalam suasana lembap dapat tahan berhari-hari sampai berbulan-bulan. Oleh karena sifat kuman TB ini tidak tahan terhadap sinar ultraviolet maka penularan lebih sering terjadi pada malam hari. Kuman TB terhisap oleh orang sehat, kemudian menempel pada saluran napas dan jaringan paru, kuman TB dapat masuk ke alveoli jika ukuran kurang dari 5 μm , maka neutrofil dan makrofag akan bekerja dalam hitungan jam untuk memfagosit bakteri namun tidak membunuh organisme tersebut. (Yasmara & dkk, 2017)

Tuberculosis paru merupakan penyakit infeksi penting saluran pernapasan. Basil mikobakterium tersebut masuk ke dalam jaringan paru melalui saluran napas (droplet infection) sampai alveoli, maka terjadilah infeksi primer (ghon) selanjutnya menyerang kelenjar getah bening setempat dan terbentuklah primer kompleks (ranke), keduanya dinamakan tuberculosis primer, yang dalam perjalanannya sebagian besar akan mengalami penyembuhan. Tuberculosis paru primer merupakan peradangan yang terjadi sebelum tubuh mempunyai kekebalan spesifik terhadap basil mikobakterium. Tuberculosis primer ini menyerang pada usia 1-3 tahun. Sedangkan yang disebut tuberculosis post primer (reinfection) merupakan peradangan jaringan paru oleh karena terjadi penularan ulang yang mana di dalam tubuh telah terbentuk kekebalan spesifik terhadap basil tersebut. (Wahid & Suprpto, 2013)

Kuman TB ini tumbuh lambat dan membelah diri setiap 18-24 jam pada suhu yang optimal dan berkembang biak pada tekanan oksigen 140 mmH₂O di paru. Kuman TB yang berada dalam makrofag akan mengalami proliferasi, pada akhirnya proliferasi ini akan menyebabkan lisis makrofag. Pada titik lokasi dimana terjadi implantasi bakteri, bakteri akan menggandakan diri (*multiplying*) dan terjadi proses peradangan sehingga ada basil yang tertahan di bronkus dan

terjadi produksi sekret yang berlebih yang dapat menyebabkan penumpukan sekret. (Nurarif & Kusuma, 2015)

Pada penderita Tuberculosis paru dalam hal ini yang menjadi gejala dini dan sering dikeluarkan ialah batuk yang terus-menerus dengan disertai penumpukan sekret disaluran pernafasan bawah. Batuk yang dilakukan pada penderita Tuberculosis paru merupakan batuk yang tidak efisien dan membahayakan. Penderita Tuberculosis melakukan batuk tersebut karena mereka menganggap dengan batuk dapat mengeluarkan sekret yang mengganggu jalannya nafas. Akibat yang ditimbulkan dari batuk yang tidak efisien ialah adanya cedera pada struktur paru-paru yang halus dan batukpun akan semakin parah. Walaupun semua ini demi mengeluarkan sekret, hasil pengeluaran sekretnya tidak berarti (Kristiani, 2016). Gejala batuk pada pasien TB dapat menurunkan fungsi kerja silia dan mengakibatkan penumpukan sekret pada saluran pernafasan, tertimbunnya sekret ini dapat menambah batuk semakin keras karena sekret menyumbat saluran napas, sehingga apabila hal tersebut dilakukan terus-menerus maka penyakitnya bertambah parah dan mengakibatkan sarang penyakitnya pecah dan keluar darah (Kristiani, 2016). Tertimbunnya sekret tersebut dapat menegaskan diagnosa keperawatan yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan sekret. (Mardiono, 2013)



Gambar 2.3 Patofisiologi TB Paru
(Nurarif & Kusuma, 2015)

2.1.5 Manifestasi Klinis

Tuberkulosis sering dijuluki "*the great imitator*" yaitu suatu penyakit yang mempunyai banyak kemiripan dengan penyakit lain yang juga memberikan gejala umum seperti lemah dan demam. Pada sejumlah penderita, gejala yang timbul tidak jelas sehingga diabaikan bahkan kadang-kadang asimtomatik. Gambaran klinik TB paru dapat dibagi menjadi 2 golongan yaitu gejala respiratorik dan gejala sistemik.

a) Gejala Respiratorik meliputi:

1) Batuk

Gejala batuk timbul paling dini. Gejala ini banyak ditemukan. Batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang untuk keluar. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (non produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum) ini terjadi lebih dari 3 minggu. Keadaan yang lanjut adalah batuk darah yang terjadi karena terdapat pembuluh darah yang pecah.

2) Batuk Darah

Darah yang dikeluarkan dalam dahak bervariasi, mungkin tampak berupa garis atau bercak-bercak darah, gumpalan darah, atau darah segar dalam jumlah sangat banyak. Batuk darah terjadi karena pecahnya pembuluh darah. Berat ringannya batuk darah tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah. Gejala klinis haemoptoe:

Kita harus memastikan bahwa perdarahan bersal dari nasofaring dengan cara membedakan ciri-ciri sebagai berikut:

a) Batuk darah

- (a.) Darah dibatukkan dengan rasa panas di tenggorokan.
- (b.) Darah berbuih bercampur dengan udara.
- (c.) Darah segar berwarna merah muda.
- (d.) Darah bersifat alkalis.
- (e.) Anemia kadang-kadang terjadi.
- (f.) Benzidin test negatif.

b) Muntah darah

- (a.) Darah dimuntahkan dengan rasa mual.
- (b.) Darah bercampur dengan sisa-sisa makanan.
- (c.) Darah berwarna hitam karena bercampur dengan asam lambung.
- (d.) Darah bersifat asam.
- (e.) Anemia sering terjadi.
- (f.) Benzidin test positif.

c) Epistaksis

- (a.) Darah menetes dari hidung.
- (b.) Batuk pelan kadang keluar.
- (c.) Darah berwarna merah segar.
- (d.) Darah bersifat alkalis.
- (e.) Anemia jarang terjadi.

3) Sesak napas

Sesak napas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, infiltrasi sudah setengah bagian dari paru-paru. Gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah laus atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothoraks, anemia, dll.

4) Nyeri Dada

Nyeri dada pada TB paru termasuk nyeri pleuritik yang ringan. Gejala ini timbul apabila sistem persarafan di pelura terkena.

Gejala sistemik, meliputi:

5) Demam

Biasanya subfebril menyerupai demam influenza. Tapi kadang-kadang panas bahkan mencapai 40-41 °C, keadaan ini sangat dipengaruhi daya tahan tubuh penderita dan berat ringannya infeksi kuman tuberculosis yang masuk. Demam merupakan gejala yang sering dijumpai biasanya timbul pada sore dan malam hari mirip demam influenza, hilang timbul dan makin lama makin panjang serangannya, sedangkan pada masa bebas serangannya makin pendek.

b) Gejala sistemik lainnya

Gejala sistemik lain ialah keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan serta malaise (gejala malaise sering ditemukan berupa tidak ada nafsu makan, sakit kepala, meriang, nyeri otot, dll). (Wahid & Suprpto, 2013)

2.1.6 Pemeriksaan

Ada beberapa pemeriksaan untuk menentukan bahwa seseorang terpapar TB, diantaranya yaitu:

- a. Tes kulit TB Mantoux menggunakan PPD (purified protein derivative (derivat protein yang telah dimurnikan) tuberkulin yang diinjeksikan secara intradermal dan akan menghasilkan reaksi inflamasi lokal ditempat injeksi tersebut dalam waktu 48 hingga 72 jam.
- b. Pemeriksaan QuantiFERON-TB Gold (GFT-G) yang baru adalah pemeriksaan darah yang memberikan hasil dalam 24 jam, dan tidak seperti pemeriksaan kulit TB menggunakan PPD, reaksi positif palsu tidak terjadi pada pengulangan pemeriksaan.
- c. Pemeriksaan rotgen dada dapat mengungkap adanya kawah, rongga, efusi pulmoanal, dan kerusakan paru terkait, tetapi tidak mendiagnosis TB laten atau primer.
- d. Spesimen sputum untuk kultur dan sensitivitas.
- e. Acid fast smear (tes bakteri tahan asam). Bagian terluar yang berlilin pada kapsul basil tuberkel akan menyerap zat warna merah ketika zat warna tahan asam dioleskan ke kaca objek.
- f. Torasentesis untuk mendapatkan cairan pluera untuk pemeriksaan sitologi akan memperlihatkan adanya basil tahan asam yang sensitif terhadap panas, tidak bergerak dan aerob.
- g. Bronkoskopi akan mengungkap terjadinya inflamasi dan perubahan patologi di dalam jaringan paru. Sputum untuk sitologi dapat diambil melalui bronkoskop jika pasien tidak mampu menghasilkan spesimen yang adekuat. (Marlene, 2015)

h. Pemeriksaan Sputum:

Pemeriksaan sputum adalah penting karena dengan ditemukannya kuman BTA, diagnosis tuberculosis sudah dapat dipastikan. Pemeriksaan ini menggunakan teknik SPS yaitu sewaktu, pagi, dan sewaktu. Pengambilan sputum ini harus dilakukan di pagi hari dan yang pertama keluar. Pemeriksaan ini dapat memberikan evaluasi terhadap pengobatan yang sudah diberikan. Kriteria sputum BTA positif adalah bila sekurang-kurangnya ditemukan 3 batang kuman BTA pada satu sediaan. Dengan kata lain diperlukan 5000 kuman dalam 1 ml sputum.

Hasil pemeriksaan dinyatakan positif jika sedikitnya 2 dari 3 spesimen BTA hasilnya positif. Bila hanya 1 spesimen yang positif perlu dilakukan pemeriksaan SPS ulang. Apabila fasilitas memungkinkan, maka dilakukan pemeriksaan lain misalnya biakan. Bila ketiga spesimen hasilnya negatif, maka diberikan antibiotik spectrum luas (misalnya kotrimoksazol atau amoksisilin) selama 1-2 minggu. Bila tidak ada perbaikan gejala klinis tetap mencurigakan TBC, ulangi pemeriksaan SPS.

- 1) Hasil pemeriksaan SPS positif didiagnosis TBC BTA positif.
- 2) Hasil SPS negatif, lakukan pemeriksaan rontgenthorak.
- 3) Hasil mendukung TBC, penderita TBC BTA (-) rontgen (+).
- 4) Hasil tidak mendukung TBC bukan penderita TBC.

(Wahid & Suprpto)

2.1.7 Pencegahan

Banyak hal yang bisa dilakukan untuk mencegah terjangkitnya TBC paru. Pencegahan-pencegahan berikut dapat dikerjakan oleh penderita, masyarakat, maupun petugas kesehatan. Berikut adalah bentuk-bentuk pencegahan, diantaranya yaitu:

- a. Bagi penderita, pencegahan penularan yang dapat dilakukan dengan menutup mulut saat batuk, dan membuang dahak tidak disembarang tempat.

- b. Bagi masyarakat, pencegahan penularan dapat dilakukan dengan meningkatkan kesehatan tehanan bayi yaitu dengan memberikan BCG.
- c. Bagi petugas kesehatan, pencegahan dapat dilakukan dengan memberikan penyuluhan tentang penyakit TBC, yang meliputi gejala, bahaya, dan akibat yang ditimbulkannya terhadap kehidupan masyarakat pada umumnya.
- d. Petugas kesehatan juga harus segera melakukan pengisolasian dan pemeriksaan terhadap orang-orang yang terinfeksi atau dengan memberikan pengobatan khusus bagi penderita TBC ini. Pengobatan dengan cara menginap di rumah sakit hanya dilakukan bagi penderita dengan kategori berat dan memerlukan pengembangan progmn pengobatannya, segingga tidak dikehendaki pengobatan jalan.
- e. Pencegahan penularan juga dapat dicegah dengan melaksanakan desinfeksi, seperti cuci tangan kebersihan rumah, perhatian khusus terhadap muntahan, atau ludah anggota keluarga yang terjangkit penyakit ini (piring, tempat tidur, dan pakaian), dan menyediakan ventilasi rumah dan sinar matahari yang cukup.
- f. Melakukan imunisasi orang-orang yang melakukan kontak langsung dengan penderita, seperti keluarga, perawat, dokter, petugas kesehatan, dan orang lain yang terindikasi, dengan cara memberikan vaksin BCG dan tindak lanjut bagiyang positif tertular.
- g. Melakukan penyelidikan terhadap orang-orang kontak. Perlu dilakukannya tes tuberculin bagi seluruh anggota keluarga. Apabila cara ini menunjukkan hasil negatif, perlu diulang untuk pemeriksaan lanjutan tiap bulan selama 3 bulan dan perlu penyelidikan yang intensif.
- h. Dilakukan pengobatan khusus. Penderita dengan TBC aktif perlu pengobatan yang tepat, yaitu obat-obat kombinasi yang telah ditetapkan oleh dokter untuk diminum dengan tekun dan teratur selama 6-12 bulan. Perlu diwaspadai dengan adanya kekebalan terhadap obat-obatan, dengan pemeriksaan penyelidikan oleh dokter. (Naga, 2012)

2.1.8 Penanganan Medik

Tujuan pengobatan pada penderita TB paru selain untuk menyembuhkan atau mengobati penderita juga mencegah kematian, mencegah kekambuhan atau resistensi terhadap OAT serta memutuskan rantai penularan. Pengobatan TBC diberikan dalam 2 tahap, yaitu:

a. Tahap intensif (2-3 bulan)

Pada tahap intensif (awal) penderita mendapat obat setiap hari dan diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan terhadap semua OAT, terutama rifampisin. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar penderita TBC BTA positif menjadi BTA negatif pada akhir pengobatan yang intensif ini. Pengawasan ketat dalam tahap intensif sangat penting untuk mencegah terjadinya kekebalan obat.

b. Tahap lanjutan (4-7 bulan)

Pada tahap lanjutan, penderita mendapatkan jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka yang lebih lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman yang persisten, sehingga mencegah kekambuhan.

Panduan obat yang digunakan terdiri dari obat utama dan obat tambahan. Jenis obat utama yang digunakan sesuai dengan rekomendasi WHO adalah rifampisin, INH, pirasinamid, streptomisin, dan etambutol. Sedangkan jenis obat tambahan seperti kanamisin, kuinolon, makrolide, amoksisilin+ asam klavulanat, derivat rifampisin/INH. (Wahid & Suprpto, 2013)

2.1.9 Komplikasi

Komplikasi berikut sering terjadi pada penderita stadium lanjut, yaitu

- a. Hemoptisis berat (perdarahan dari saluran napas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan napas.
- b. Kolaps dari lobus akibat dari retraksi bronchial.
- c. Bronkiektasis (pelebaran bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru.

- d. Pneumotoraks (adanya udara di dalam rongga pleura) spontan: kolaps spontan karena kerusakan jaringan paru.
- e. Penyebaran infeksi ke organ lain seperti otak, tulang, persendian, ginjal, dan sebagainya.

Penderita yang mengalami komplikasi berat perlu dirawat inap di rumah sakit untuk mendapatkan pengobatan yang intensif (Wahid & Suprpto, 2013).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Data-data yang perlu dikaji pada asuhan keperawatan dengan Tuberculosis paru antara lain:

- a. Data Pasien

Penyakit tuberculosis dapat menyerang manusia mulai dari usia anak sampai dewasa dengan perbandingan yang hampir sama antara laki-laki dan perempuan. Penyakit ini biasanya banyak ditemukan pada pasien yang tinggal di daerah dengan tingkat kepadatan tinggi, sehingga masuknya cahaya matahari ke dalam rumah sangat minim. (Wahid & Suprpto, 2013)

- b. Riwayat Kesehatan

Keluhan yang sering muncul antara lain:

- 1) Demam: subfebris, febris (40-41 °C) hilang timbul.
- 2) Batuk: terjadi karena adanya iritasi pada bronkus, batuk ini terjadi untuk membuang atau mengeluarkan produksi radang yang dimulai dari batuk kering, sampai dengan batuk purulent (menghasilkan sputum).
- 3) Sesak napas: bila sudah lanjut dimana infiltrasi radang sampai setengah paru-paru.
- 4) Nyeri dada jarang ditemukan, nyeri akan timbul bila infiltrasi radang sampai ke pluera sehingga menimbulkan pleuritis.
- 5) Malaise: ditemukan berupa anoreksia, nafsu makan menurun, berat badan menurun, sakit kepala, nyeri otot, dan berkeringat malam.

- 6) Sianosis, sesak napas, kolaps: merupakan gejala atelektasis. Bagian dada pasien tidak bergerak pada saat bernapas dan jantung terdorong ke sisi yang sakit. Pada fototoraks, pada sisi yang sakit tampak bayangan hitam dan diafragma menonjol ke atas.
 - 7) Perlu ditanyakan dengan siapa pasien tinggal, karena biasanya penyakit ini muncul bukan karena sebagai penyakit keturunan tetapi merupakan penyakit infeksi menular. (Wahid & Suprpto, 2013)
- c. Riwayat Penyakit Sebelumnya
- 1) Pernah sakit batuk yang lama dan tidak sembuh-sembuh.
 - 2) Pernah berobat tetapi tidak sembuh.
 - 3) Pernah berobat tetapi tidak teratur.
 - 4) Riwayat kontak dengan penderita TBC.
 - 5) Daya tahan tubuh yang menurun.
 - 6) Riwayat vaksinasi yang tidak teratur. (Wahid & Suprpto, 2013)
- d. Riwayat Pengobatan Sebelumnya.
- 1) Kapan pasien mendapatkan pengobatan sehubungan dengan sakitnya.
 - 2) Jenis, warna, dan dosis obat yang diminum.
 - 3) Berapa lama pasien menjalani pengobatan sehubungan dengan penyakitnya.
 - 4) Kapan pasien mendapatkan pengobatan yang terakhir. (Wahid & Suprpto, 2013)
- e. Faktor pendukung
- 1) Riwayat lingkungan.
 - 2) Pola hidup: nutrisi, kebiasaan merokok, minum alkohol, pola istirahat dan tidur, kebersihan diri.
 - 3) Tingkat pengetahuan atau pendidikan pasien dan keluarga tentang penyakit, pencegahan, pengobatan dan perawatannya. (Wahid & Suprpto, 2013)

- 4) Makanan atau cairan: kehilangan nafsu makan, tidak dapat mencerna, penurunan berat badan, turgor kulit buruk, kehilangan otot atau hilang lemak sub kutan.
- 5) Kenyamanan: nyeri dada, berhati-hati pada daerah yang sakit, gelisah.
- 6) Pernapasan: nafas pendek, batuk, peningkatan frekuensi pernapasan, pengembangan pernapasan tak simetris, perkusi pekak dan penurunan fremitus, defiasi trakeal, bunyi nafas menurun.
- 7) Keamanan: adanya kondisi penekanan imun, tes HIV positif, demam atau sakit panas akut.
- 8) Interaksi sosial: perasaan isolasi atau penolakan, perubahan pola biasa dalam tanggung jawab. (Padila, 2013)

f. Pemeriksaan fisik

Berikut ini pemeriksaan fisik pada pasien TB Paru menurut (Muttaqin, 2008):

1.) Keadaan umum dan tanda-tanda vital

Keadaan umum pada klien dengan TB paru dapat dilakukan secara selintas pandang dengan menilai keadaan fisik tiap bagian tubuh. Selain itu, perlu dinilai secara umum tentang kesadaran klien. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada klien dengan TB 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.

a.) B1 (*Breathing*)

Inspeksi:

- (a.) Bentuk dada dan gerakan pernapasan. Sekilas pandang klien dengan TB paru biasanya tampak kurus sehingga terlihat adanya penurunan proporsi diameter bentuk dada antero-posterior dibandingkan proporsi diameter lateral. Apabila ada penyulit dari TB paru seperti adanya efusi pleura yang masif, maka terlihat adanya ketidaksimetrisan rongga dada, pelebaran *intercostal space* (ICS) pada sisi yang sakit. Pada klien dengan TB paru

minimal tanpa komplikasi, biasanya gerakan pernapasan tidak mengalami perubahan.

- (b.) Batuk dan sputum. Saat melakukan pengkajian batuk pada klien dengan TB paru, biasanya didapatkan batuk produktif yang disertai adanya peningkatan produksi sekresi sputum yang purulen. Periksa jumlah produksi sputum, terutama apabila TB paru disertai adanya bronkiektasis yang membuat klien akan mengalami peningkatan produksi sputum yang sangat banyak.

Palpasi:

- (a.) Palpasi trakhea. Adanya pergeseran trakhea menunjukkan penyakit dari lobus atas paru. Pada TB paru yang disertai adanya efusi pleura masif dan pneumothoraks akan mendorong posisi trakhea ke arah berlawanan dari sisi sakit.
- (b.) Gerakan dinding thoraks anterior/ekskursi pernapasan. TB paru tanpa komplikasi pada saat dilakukan palpasi, gerakan dada saat bernapas biasanya normal dan seimbang antara bagian kanan dan kiri. Adanya penurunan gerakan dinding pernapasan biasanya ditemukan pada klien TB paru dengan kerusakan parenkim paru yang luas.
- (c.) Getaran suara (*fremitus vocal*). Getaran yang terasa ketika perawat meletakkan tangannya di dada saat klien berbicara adalah bunyi yang dibangkitkan oleh penjalaran dalam laring arah distal sepanjang pohon bronkhial untuk membuat dinding dada dalam gerakan resonan, terutama pada bunyi konsonan. Adanya penurunan taktil fremitus pada klien dengan TB paru biasanya ditemukan pada klien yang disertai komplikasi efusi pleura masif, sehingga hantaran suara menurun karena transmisi getaran suara harus melewati cairan yang berakumulasi di rongga pleura.

Perkusi:

Pada klien dengan TB paru minimal tanpa komplikasi, biasanya akan didapatkan bunyi resonan atau sonor pada seluruh lapang paru. Pada klien TB paru yang disertai komplikasi seperti efusi pleura akan didapatkan bunyi redup sampai pekak pada sisi yang sakit sesuai banyaknya

akumulasi cairan di rongga pleura. Apabila disertai pneumothoraks, maka didaoatkan bunyi hiperresonan.

Auskultasi:

Pada klien dengan TB paru didapatkan bunyi napas tambahan (ronkhi) pada sisi yang sakit

b.) B2 (*Blood*)

Pada klien dengan TB paru pengkajian yang didapat meliputi:

Inspeksi: Inspeksi tentang adanya parut dan keluhan kelemahan fisik.

Palpasi: Denyut nadi perifer melemah.

Perkusi: Batas jantung mengalami pergeseran pada TB paru dengan efusi pleura masif mendorong ke sisi sehat.

Auskultasi: Tekanan darah biasanya normal. Bunyi jantung tambahan biasanya tidak didapatkan.

c.) B3 (*Brain*)

Kesadaran biasanya compos mentis, ditemukan adanya sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. Pada pengkajian objektif, klien tampak dengan wajah meringis, menangis, merintih, meregang, dan menggeliat. Saat dilakukan pengkajian pada mata, biasanya didapatkan adanya konjungtiva anemis pada TB paru dengan hemoptoe masif dan kronis, dan sklera ikterik pada TB paru dengan gangguan fungsi hati.

d.) B4 (*Bladder*)

Pengukuran output volume urine berhubungan dengan intake cairan. Oleh karena itu, perawat perlu memonitor adanya oliguria karena hal tersebut merupakan tanda awal dari syok. Klien diinformasikan agar terbiasa dengan urine yang berwarna jingga pekat dan berbau yang menandakan fungsi ginjal masih normal sebagai ekskresi karena meminum OAT terutama Rifampisin.

e.) B5 (*Bowel*)

Klien biasanya megalami mual, muntah, penurunan nafsu makan, dan penurunan berat badan.

f.) B6 (*Bone*)

Aktivitas sehari-hari berkurang banyak pada klien dengan TB paru. Gejala yang muncul antara lain kelemahan, kelelahan, insomnia, pola hidup menetap, dan jadwal olahraga menjadi tak teratur.

(Muttaqin, 2008)

g. Pemeriksaan Diagnostik

- 1) Kultur sputum: mycobacterium tuberculosis positif pada tahap akhir penyakit.
 - 2) Tes Tuberculin: mantoux test reaksi positif (area indurasi 10-15 mm terjadi 48-72 jam).
 - 3) Foto toraks: infiltrasi lesi awal pada area paru atas. Pada tahap dini tampak gambaran bercak-bercak seperti awan dengan batas tidak jelas. Pada tahap kavitas bayangan berupa cincin. Pada tahap kalsifikasi tampak bayangan bercak-bercak padat dengan densitas tinggi.
 - 4) Bronchografi: untuk melihat kerusakan bronkus atau kerusakan paru karena TB paru
 - 5) Darah: peningkatan leukosit dan Laju Endap Darah (LED).
 - 6) Spirometri: penurunan fungsi paru dengan kapasitas vital menurun.
- (Wahid & Suprpto, 2013)

2.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan yang lazim terjadi pada klien dengan tuberculosis paru adalah sebagai berikut:

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, atau sekret darah, kelemahan, atau upaya batuk buruk. (Wahid & Suprpto, 2013)
- 1) **Definisi:** ketidakmampuan untuk membersihkan sekret atau obstruksi saluran napas guna mempertahankan jalan napas yang bersih. (Wilkinson & Ahern, 2013)

2) **Batasan Karakteristik:**

Subjektif: dispnea.

Objektif:

- a.) Suara napas tambahan.
- b.) Perubahan pada irama dan frekuensi pernapasan.
- c.) Batuk tidak ada atau tidak efektif.
- d.) Sianosis.
- e.) Kesulitan untuk bicara.
- f.) Penurunan suara napas.
- g.) Ortopnea.
- h.) Gelisah.
- i.) Sputum berlebihan.
- j.) Mata terbelalak.

(Wilkinson & Ahern, 2013)

3) **Faktor Yang Berhubungan:**

Lingkungan: merokok, menghirup asap rokok, dan perokok pasif.

Obstruksi jalan napas: spasme jalan napas, retensi sekret, mukus berlebih, adanya jalan napas buatan, terdapat benda asing di jalan napas, dll.

Fisiologis: disfungsi neuromuskular, hiperplasia dinding brokial, PPOK, infeksi, asma, jalan napas alergik (trauma).

(Wilkinson & Ahern, 2013)

2.2.3 **Intervensi Keperawatan**

Diagnosa keperawatan: Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan sekret kental, atau sekret darah, kelemahan, atau upaya batuk buruk.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x 24 jam diharapkan kebersihan jalan nafas kembali efektif.

Kriteria hasil:

- a. Klien mampu melakukan batuk efektif.
- b. Pernapasan klien normal (16-20 kali/menit) tanpa ada penggunaan otot bantu napas.

- c. Bunyi napas normal.
- d. Pergerakan pernapasan normal.

Tabel 2. 2 Intervensi Keperawatan

| Intervensi | Rasional |
|---|--|
| Mandiri: 1. Kaji fungsi pernapasan (bunyi napas, kecepatan, irama, kedalaman, dan penggunaan otot bantu napas). | Penurunan bunyi napas menunjukkan atelektasis, ronchi menunjukkan akumulasi sekret dan ketidakefektifan pengeluaran sekresi yang selanjutnya dapat menimbulkan penggunaan otot bantu napas dan peningkatan kerja pernapasan. |
| 2. Kaji kemampuan mengeluarkan sekresi, cata karakter, volume sputum, dan adanya hemoptisis. | Pengeluaran akan sulit bila sekret sangat kental (efek infeksi dan hidrasi yang tidak adekuat). Sputum berdarah bila ada kerusakan (kavitasi) paru atau luka bronkial dan memerlukan intervensi lanjut. |
| 3. Berikan posisi fowler atau semifowler tinggi dan bantu klien berlatih napas dalam dan batuk efektif. | Posisi fowler memaksimalkan ekspansi paru dan menurunkan upaya napas. Ventilasi maksimal membuka area atelektasis dan meningkatkan gerakan sekret ke jalan napas besar untuk dikeluarkan. |
| 4. Pertahankan intake cairan sedikitnya 2500 ml/hari kecuali tidak diindikasikan. | Hidrasi yang adekuat membantu mengencerkan sekret dan mengefektifkan pembersihan jalan napas. |
| 5. Bersihkan sekret dari mulut dan trakhea, bila perlu lakukan pengisapan (suction). | Mencegah obstruksi dan aspirasi. Pengisapan diperlukan bila klien tidak mampu mengeluarkan sekret. |
| 6. Kolaborasi pemberian obat sesuai indikasi: a. OAT b. Bronkodilator c. Kortikosteroid | Pengobatan TB Paru terbagi menjadi 2 fase, yaitu fase intensif (2-3 bulan) dan fase lanjutan (4-7 bulan). Panduan obat yang digunakan terdiri atas obat utama dan obat tambahan. Jenis obat utama yang digunakan sesuai dengan rekomendasi WHO yaitu rifampisi, INH, pirazinamid, streptomisin, dan etambutol. Bronkodilator meningkatkan diameter lumen percabangan trakeobronkhial sehingga menurunkan tahanan terhadap aliran udara. Kortikosteroid berguna dengan keterlibatan luas pada hipoksemia dan bila reaksi inflamasi mengancam kehidupan. |

(Muttaqin, 2008)

2.2.4 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan rencana keperawatan oleh perawat dan klien. Perawat bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan yang berfokus

pada klien dan berorientasi pada hasil, sebagaimana digambarkan dalam rencana. Fokus utama dari komponen implementasi adalah pemberian asuhan keperawatan yang aman dan individual dengan pendekatan multifokal. Implementasi perencanaan berupa penyelesaian tindakan yang diperlukan untuk memenuhi kriteria hasil sebagaimana yang digambarkan dalam rencana. (Christensen & Kenney, 2009)

Unsur penting yang diperlukan untuk komponen implementasi yaitu pelaksanaan tindakan konsisten dengan rencana dan terjadi setelah validasi rencana, keterampilan interpersonal, intelektual dan teknis dilaksanakan secara kompeten dan efisien di lingkungan yang sesuai, keamanan fisik dan psikologis klien dilindungi, serta dokumentasi tindakan dan respons klien dicantumkan dalam catatan perawatan kesehatan dan rencana perawatan. (Christensen & Kenney, 2009)

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah suatu proses yang terencana dan sistematis dalam mengumpulkan, mengorganisasi, menganalisis, dan membandingkan status kesehatan klien dengan kriteria hasil yang diinginkan, serta menilai derajat pencapaian hasil klien. Evaluasi adalah aktivitas yang terus-menerus, berkelanjutan, dan terencana yang melibatkan klien, keluarga, perawat dan anggota tim kesehatan lain. (Christensen & Kenney, 2009)

Evaluasi memiliki beberapa tujuan. Tujuan utamanya adalah menentukan kemajuan klien dalam mencapai kriteria hasil yang sudah dirancang. Tujuan penting lainnya adalah menilai efektivitas komponen proses keperawatan dalam membantu klien mencapai kriteria hasil. (Christensen & Kenney, 2009)

Evaluasi melibatkan perbandingan respons klien saat ini dengan perilaku dasar untuk menentukan kemajuan klien dalam mencapai tujuan jangka pendek dan jangka panjang. Penilaian mengenai kemajuan klien dibuat dengan menganalisis dan menilai data objektif dan subjektif oleh perawat, klien, keluarga, dan anggota tim. Jika kemajuan tidak cukup dalam mencapai kriteria hasil, maka klien dan perawat memperbaiki rencana asuhan. (Christensen & Kenney, 2009)

BAB 3. METODE PENULISAN

Pada bab ini membahas tentang pendekatan yang digunakan dalam menyelenggarakan studi kasus.

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian dalam laporan tugas akhir ini adalah studi kasus untuk mengeksplorasi Asuhan Keperawatan pada klien TB Paru dengan masalah keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2017.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam studi kasus ini adalah penerapan asuhan keperawatan pada pasien TB Paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di RSUD dr. Haryoto Lumajang tahun 2017.

Adapun istilah-istilah dalam studi kasus ini yaitu:

3.2.1 Asuhan Keperawatan.

Asuhan Keperawatan adalah proses keperawatan yang dimulai dari proses pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, menentukan intervensi atau rencana keperawatan, melakukan implementasi dari rencana yang telah dibuat, dan mengevaluasi dari tindakan yang sudah dilakukan.

3.2.2 Penderita TB Paru.

Penderita TB Paru adalah seseorang yang didiagnosis medis TB Paru yang ditandai dengan gejala batuk lebih dari 3 minggu, sputum berlebihan, terdapat suara nafas tambahan. Pada saat dilakukan pemeriksaan bronkoskopi akan mengungkapkan terjadinya inflamasi dan perubahan patologi di dalam jaringan paru.

3.2.3 Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas.

Ketidakefektifan bersihan jalan nafas merupakan ketidakmampuan seseorang untuk mengeluarkan sekret yang ditandai dari beberapa batasan karakteristik yaitu terdapat suara nafas tambahan, batuk tidak ada atau tidak

efektif, penurunan suara napas, sputum berlebih, serta terdapat penurunan pada irama dan frekuensi pernapasan.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan laporan kasus ini adalah 2 pasien sadar atau tidak mengalami penurunan kesadaran yang dirawat di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang serta didiagnosis TB Paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas, dengan batasan usia produktif yaitu 18-40 tahun minimal MRS hari pertama, dengan klasifikasi TB primer (kuman tuberculosis belum menginfeksi organ lain) dan kategori III yaitu penderita sudah terinfeksi kuman tuberculosis dan tes sputum positif, ditandai dengan batuk lebih dari 3 minggu, terdapat suara nafas tambahan, sputum berlebih, dispnea atau sesak, dan nyeri dada. Apabila dilakukan pemeriksaan rontgen dada akan terlihat adanya bayangan berawan atau bercak di lapang paru.

3.4 Lokasi dan Waktu

Pengambilan laporan kasus ini yaitu di ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang yang merupakan ruang perawatan khusus penyakit dalam. Pengambilan data pada klien 1 ini yaitu dimulai pada 16 Agustus – 19 Agustus 2017, sedangkan pada klien 2 ini yaitu dimulai pada tanggal 5 Oktober – 7 Oktober 2017.

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Wawancara

Data yang diperoleh dari wawancara adalah: hasil anamnesa berisi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, yang bersumber data dari klien atau keluarga klien.

3.5.2 Observasi

Observasi yang bisa dilakukan pada penderita TB Paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas ini yaitu: kemampuan klien

melakukan batuk efektif, penurunan suara nafas tambahan, suara nafas tambahan terdengar vesikuler, serta tidak mengalami peningkatan frekuensi pernafasan.

3.5.3 Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan metode pengumpulan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumen asli. Data yang diperoleh dari studi dokumentasi adalah hasil dari pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan yang diperoleh dari status rekam medis pasien. Selain itu, sebelum penulis melakukan penelitian, penulis sebelumnya meminta surat pengambilan data ke pihak kampus, Bangkesbangpol, dan direktur RSUD dr. Haryoto Lumajang guna meminta izin dalam pengambilan data klien.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data TB Paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas dimaksudkan untuk menguji data atau informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validasi tinggi. Disamping integritas penulis (karena penulis menjadi instrumen utama), uji keabsahan data dilakukan yaitu dengan:

3.6.1 Memperpanjang waktu pengamatan. Maksudnya disini yaitu bisa melakukan pengamatan secara komprehensif selama melakukan asuhan keperawatan sampai dengan masalah keperawatan teratasi.

3.6.2 Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi data yaitu langkah pengecekan kembali data-data yang diperoleh dari informan dengan cara menanyakan kebenaran data atau informasi kepada informan yang satu dengan informan yang lainnya, yaitu melalui tiga sumber utama antara lain : klien, keluarga klien, dan tim medis lainnya atau pun rekam medis pasien.

3.7 Analisa Data

Analisa data dilakukan penulis di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara menggunakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan

selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil intrepetasi wawancara mendalam yang akan dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh penulis dan studi dokumentasi dan menghasilkan data untuk selanjutnya diintrepretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis data:



3.7.1 Pengumpulan Data

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

3.7.2 Mereduksi Data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3.7.3 Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan dan teks naratif. Kerahasiaan klien dijaga dengan cara mengaburkan identitas dari klien.

3.7.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi, yaitu pengambilan kesimpulan yang didasarkan pada pengetahuan yang diperoleh dari fakta-fakta khusus. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

3.8 Etika Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan dengan manusia, akan segi etika penelitian harus diperhatikan. Masalah etika yang harus diperhatikan antara lain sebagai berikut:

3.8.1 Informed Consent

Informed consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *Informed consent* adalah agar

subyek mengerti maksud dan tujuan penulisan, mengetahui dampaknya. Jika subyek bersedia, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien. Beberapa informasi yang harus ada dalam *Informed consent* tersebut antara lain: partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensi masalah yang akan terjadi, manfaat yang akan diperoleh, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain. (Hidayat, 2012)

3.8.2 Anonymity (Tanpa Nama)

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penulisan yang akan disajikan. (Hidayat, 2012)

3.8.3 Confidentiality (Kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset. (Hidayat, 2012)

BAB 5. PENUTUP

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Kedua klien berjenis kelamin perempuan, pada klien 1 berusia 21 tahun, sedangkan pada klien 2 berusia 13 tahun. Klien 1 mengalami batuk sudah 4 bulan dan mengalami sesak napas, sedangkan pada klien 2 mengalami batuk sudah 1 bulan. Klien 1 tidak mempunyai riwayat penyakit TB Paru, sedangkan klien 2 sebelumnya memiliki riwayat penyakit TB Paru dan putus pengobatan (drop out). Kedua klien tidak mempunyai riwayat keluarga dengan TB Paru. Kedua klien mengalami kesulitan mengeluarkan dahak dan mengalami penurunan berat badan yang diakibatkan oleh penurunan nafsu makan akibat penumpukan sputum yang berlebihan. Klien 2 juga mengalami gizi buruk, kontraktur sendi pada ekstremitas atas dan bawah, selain itu juga mengalami luka-luka pada siku-siku, lutut, telinga, dan bagian pantat (luka decubitus).

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Masalah utama yang muncul pada kedua klien yaitu ketidakefektifan bersihan jalan napas. Masalah tersebut diperkuat dengan beberapa batasan karakteristik yang sama antara klien 1 dan klien 2, diantaranya yaitu: terdapat suara napas tambahan, terlihat pernapasan cuping hidung, penurunan taktil fremitus, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Namun, pada klien 2 terdapat masalah keperawatan yang tidak ada dalam teori yaitu, hambatan mobilitas fisik dan kerusakan integritas kulit. Hal ini terjadi karena sebelumnya klien memang mengalami kontraktur pada semua sendi, sehingga mengalami hambatan mobilitas fisik. Dari hambatan mobilitas fisik ini akan memunculkan masalah kerusakan integritas kulit yang ditandai dengan adanya lesi di seluruh tubuh.

5.1.3 Intervensi

Intervensi atau rencana keperawatan dalam masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas yaitu disesuaikan dengan teori yang ada. Namun ada intervensi yang mengalami perbedaan antara teori dan faktanya, sehingga dalam intervensi tersebut tidak akan dilakukan pada kedua klien. Seperti halnya perlakuan tindakan suction. Intervensi tersebut tidak diberikan kepada kedua klien, dikarenakan kedua klien dalam keadaan sadar atau compos mentis, sehingga bukan merupakan indikasi dilakukannya suction.

5.1.4 Implementasi

Implementasi utama yang dilakukan pada kedua klien yaitu melatih batuk efektif. Implementasi yang dilakukan pada kedua klien berdasarkan rencana yang sudah dibuat. Latihan batuk efektif dilakukan selama \pm 10 menit, sebanyak 3 kali sehari, selama 3 hari berturut-turut. Kedua klien mampu mengikuti latihan yang diberikan dan kooperatif terhadap tindakan yang dilakukan oleh penulis.

5.1.5 Evaluasi

Pada kedua klien, evaluasi keperawatan dalam masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas, masalah bisa teratasi sesuai dengan target yang direncanakan. Hasil yang bisa dievaluasi dari tindakan batuk efektif yang sudah dilakukan yaitu keluarnya sekret, penurunan suara napas tambahan dan penurunan frekuensi pernapasan. Pada kedua klien, masalah keperawatan teratasi sesuai dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan. Kedua klien sudah mampu melakukan batuk efektif, sekret sudah keluar walaupun tidak maksimal, dan frekuensi pernapasan pada kedua klien dalam batas normal.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Keluarga

Diharapkan selain klien, keluarga juga memahami tentang cara batuk efektif yang benar, dan manfaatnya. Agar keluarga mampu menjadi motivator atau penyemangat dan pendamping disaat tidak ada perawat. Selain itu, diharapkan keluarga mampu memahami dan mengerti tentang penyakit TB Paru, agar bisa

merawat anggota keluarganya disaat ada di rumah, serta agar mampu mencegah dari komplikasi yang lebih lanjut. Keluarga juga diharapkan mampu mengadi Pengawas Menelan Obat (PMO) yang baik, agar penderita yang memang sudah menjalani pengobatan bisa rutin minum obat dan mampu menuntaskan pengobatannya.

5.2.2 Bagi Pelayanan Keperawatan

Diharapkan pelayanan kesehatan khususnya perawat mampu meningkatkan pelayanannya melalui survei mengenai sumber dari penderita TB Paru, agar faktor risiko yang dicurigai menjadi penderita TB Paru baru bisa segera ditangani dan diobati secara dini agar tidak menimbulkan komplikasi atau keadaan yang lebih buruk. Selain itu diharapkan pelayanan kesehatan mampu meningkatkan promosi kesehatannya melalui media massa atau yang lainnya mengenai TB Paru agar masyarakat bisa mencegah dan mengatur pola hidup yang sehat agar terhindar dari penyakit TB Paru, atau penderita yang sudah mengalami TB Paru bisa meningkatkan kualitas kesehatannya melalui pengobatan secara rutin.

5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya mampu menjadi peneliti yang baik yaitu mampu melakukan teknik batuk efektif yang benar sesuai dengan SOP dan memperbanyak frekuensi dalam melatih batuk efektif kepada klien. Selain itu, diharapkan peneliti lebih mampu meningkatkan cara-cara lain atau alternatif lainnya guna menyelesaikan masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas. Sehingga bukan hanya teknik batuk efektif saja yang bisa diterapkan pada penderita TB Paru dengan masalah keperawatan “Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas”.

DAFTAR PUSTAKA

- Budiman, E, N., & dkk. (2008). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Pasien TB Paru Pada Fase Intensif . *Journal Keperawatan* , 4-10.
- Christensen, P. J., & Kenney, J. W. (2009). *Proses Keperawatan Aplikasi Model Konseptual Edisi 4*. Jakarta: EGC.
- Damayanti, Y. (2015). *Asuhan Keperawatan Pada Tn.T Dengan Diagnosa Medis TB Paru di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017*. Lumajang: Karya Tulis Ilmiah. Akademi Keperawatan Lumajang.
- Doenges, M. E. (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Ed. 3*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A. A. (2012). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kristiani, D. (2016). Pengaruh Teknik Batuk Efektif Terhadap Pengeluaran Sekret Pada Pasien TB Paru. *Jurnal AKP* , 13.
- Made Suadnyani Pasek, N. S., & dkk. (2013). Hubungan Persepsi Dan Tingkat Pengetahuan Penderita Tuberculosis Dengan Kepatuhan Pengobatan Di Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng 1. *Jurnal Magister Kedokteran Keluarga* , Vol 1, No 1, hal 14-23.
- Mardiono, S. (2013). Hubungan Batuk Efektif Dengan Keefektifan Bersihan Jalan Nafas Pada Penderita TB Paru. *Jurnal Harapan Bangsa* , 49.
- Marlene, H. (2015). *Belajar Mudah Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan*. Jakarta: Salemba Medika.

- Naga, S. S. (2012). *Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. Yogyakarta: DIVA Press.
- Nelvia. (2016). Hubungan Batuk Efektif Dengan Keefektifan Bersihan Jalan Napas Pada Penderita TB. *Journal of Nursing and Public Health* , 50.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda NIC-NOC*. Jogjakarta: Mediacion Publishing Jogjakarta.
- Padila. (2013). *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Bengkulu: Medical Book.
- S, A. Y., & Hamid. (2008). *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Setyowati, T. (2014). *Profil Kesehatan Kabupaten Lumajang*. 25.
- Somantri, I. (2012). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan, Ed.2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tiar, E., Praptiani, W., & Bariid, B. (2011). *Kapita Selekta Penyakit: Dengan Implikasi Keperawatan, Ed. 2*. Jakarta: EGC.
- Wahid, A., & Suprpto, I. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah, Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Pernapasan Tuberculosis (TBC)*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Wilkinson, J. M., & Ahern, N. R. (2013). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Edisi 9*. Jakarta: EGC.
- Yasmara, D., Nursiswati, & dkk. (2017). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.

Lampiran 3.1 Lembar *Informed Consent*

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian:

Institusi : Akademi Keperawatan Pemkab Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Jenis kelamin :

Alamat :

Pekerjaan :

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul:

**“Laporan Kasus Asuhan Keperawatan pada Pasien TB Paru dengan
Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang
Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017”**

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang,

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian

Iis Ariskiyani
NPM. 152303101068

(.....)

Lampiran 3.3



**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
DINAS KESEHATAN
AKADEMI KEPERAWATAN**

JL. BRIGJEN KATAMSO TELP. (0334) 882262,885920 FAX.(0334) 882262
L U M A J A N G

**KEPUTUSAN DIREKTUR AKADEMI KEPERAWATAN
PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**

Nomor : 188.4/612/427.55.28/2017

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH

Direktur Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/72/427.35.28/2017 Tanggal 20 Agustus 2017, dengan persetujuan pembimbing tanggal 3 Mei 2017

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

| | |
|-----------------------|---|
| N a m a | : Iis Ariskiyani |
| Nomor Induk Mahasiswa | : 15.071 |
| Tempat, Tanggal Lahir | : Lumajang, 01 Agustus 1997 |
| Prodi | : D3 Keperawatan |
| Tingkat / Semester | : II/IV |
| A l a m a t | : Dusun Karang Sari RT: 005 RW: 001, Desa Karanganyar- Kecamatan Yosowilangun – Kabupaten Lumajang |

dijijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul yang telah dirumuskan sebagai berikut :

**“Asuhan Keperawatan pada Pasien Tb Paru dengan Masalah Keperawatan
Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto
Lumajang Tahun 2017”**

Dengan pembimbing :

1. Laili Nur Azizah., S.Kep., Ns., M.Kep

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang

Pada Tanggal : 24 Juli 2017

Direktur



Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
NIP.19650629198703 2 008

Tembusan :

Yth. Bpk/Ibu Pembimbing mohon dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Lampiran 3.4

SURAT PERMOHONAN IJIN PENGAMBILAN DATA

Lumajang, 24 Juli 2017

Yth. Direktur
Akper Pemkab Lumajang
Lumajang

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, mahasiswa Akper Pemkab Lumajang :

Nama : Iis Ariskiyani
NIM : 15.071
Prodi : D3 Keperawatan
Tempat/ Tgl lahir : Lumajang, 1 Agustus 1997
Alamat : Dusun Karang Sari RT:005 RW:001, Desa Karanganyar- Kecamatan
Yosowilangun - Kabupaten Lumajang

Telah mendapatkan ijin menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul :
**“Asuhan Keperawatan pada Pasien Tb Paru dengan Masalah Keperawatan
Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Melati Rsud dr. Haryoto
Lumajang Tahun 2017”**

Guna menyelesaikan tugas tersebut, saya perlu melakukan pengambilan data ke Institusi/
Lembaga dan waktu penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) sbb :

Nama Instansi/ : RSUD dr.Haryoto Lumajang
Lembaga tujuan
Alamat : Jl. A. Yani No.8 Lumajang
Waktu penelitian : Juli 2017 - Desember 2017

Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon perkenan Direktur memberikan surat
pengantar dan permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut. Terlampir
berkas persyaratan yakni Proposal KTI.

Atas terpenuhinya permohonan ini, saya haturkan terimakasih

Mengetahui :
Pembimbing KTI

Laili Nur Azizah., S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 19751004 200801 2 016

Hormat kami,
Pemohon,

Iis Ariskiyani
NPM 15.071

Wakil Direktur I,

Achlish Abdillah, S.ST.M.Kes
NIP. 19720323 200003 1 003

Koordinator KTI

Arista Maisyaroh, S.Kep., Ners., M.Kep
NIP. 19820528 201101 2 013



Lampiran 3.5



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HARYOTO
 JALAN BASUKI RAHMAT NO. 5 TELP (0334) 881666 FAX (0334) 887383
 Email : rsdharyoto@yahoo.co.id
L U M A J A N G – 67311

Lumajang, 07 Agustus 2017

Nomor : 445/ 1016 /427.77/2017
 Sifat : Biasa
 Lampiran : -
 Perihal : Pengambilan Data

Kepada
 Yth. Ka. Ruang Melati.....
 RSUD dr. Haryoto Kab. Lumajang
 di

LUMAJANG

Sehubungan dengan surat Direktur Akper Pemkab Lumajang tanggal 24 Juli 2017 Nomor : 422/613/427.55.28/2017 dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik tanggal 01 Agustus 2017 Nomor : 072/1019/427.75/2017 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui kepada mahasiswa Akper Pemkab Lumajang untuk melakukan pengambilan data di ruang Saudara dan kami mohon bimbingannya kepada mahasiswa dimaksud, yaitu:

Nama : Iis Ariskiyani

NIM : 15.071

Judul : Asuhan Keperawatan pada Pasien Tb Paru dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2017

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ka. Sub. Bagian Diklat dan Penelitian



Ns. RUDIAH ANGGRAENI
 Penata Tk. I
 19671209 199203 2 004

Lampiran 4.1 Analisa Data Tambahan Pada Klien 2

| Analisa | Klien 1 | Klien 2 | | | | |
|----------|---------|---|---|---|---|---|
| Data | | DS: klien mengatakan nyeri pada kakinya, sulit untuk digerakkan. DO: 1. Rentang gerak minimal 2. Terlihat atrofi pada tulang 3. Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </table> | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 1 | 1 | | | | | |
| 1 | 1 | | | | | |
| Etiologi | | Gangguan muskuloskeletal (kontraktur). | | | | |
| Problem | | Hambatan Mobilitas Fisik. | | | | |

Diagnosa keperawatan lainnya yang muncul pada penderita TB Paru yaitu hambatan mobilitas fisik b.d gangguan muskuloskeletal (kontraktur). Menurut tinjauan teori (Wilkinson & Ahern, 2013), definisi dari hambatan mobilitas fisik yaitu keterbatasan dalam pergerakan fisik mandiri dan terarah pada tubuh atau satu ekstermitas atau lebih, dengan batasan karakteristik yang muncul yaitu: Subjektif: (-). Objektif yaitu: penurunan waktu reaksi, kesulitan dalam membolak-balik posisi tubuh, asyik dengan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (misalnya, peningkatan perhatian terhadap aktivitas orang lain, perilaku mengendalikan, dll), dispnea saat beraktivitas, perubahan cara berjalan, pergerakan menyentak, keterbatasan kemampuan untuk melakukan keterampilan motorik halus atau kasar, keterbatasan rentang pergerakan sendi, tremor yang diinduksi oleh pergerakan, ketidakstabilan postur tubuh, melambatnya pergerakan, gerakan tidak teratur atau tidak terkoordinasi. Dari beberapa batasan karakteristik tersebut, tidak semua batasan karakteristik ditemukan pada klien, hanya ada 3 batasan karakteristik yang mendukung untuk menegaskan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik, yaitu: rentang gerak minimal, terlihat atrofi pada tulang, kekuatan otot menurun.

Hambatan yang terjadi pada klien 2 ini disebabkan karena terjadi kontraktur pada anggota tubuh klien, klien sulit dalam menggerak-gerakkan tubuhnya karena terjadi kontraktur, kontraktur yang terjadi pada klien 2 ini terjadi

sudah lama, dan klien jarang menggerak-gerakkan anggota tubuhnya, sehingga terjadi hambatan mobilitas fisik.

| Analisa | Klien 1 | Klien 2 |
|----------|---------|--|
| Data | | DS: Selama sakit keluarga klien mengatakan bahwa klien hanya mampu makan ½ bubur halus porsi sedang diit dari rumah sakit, dan klien hanya mampu menghabiskan ½ susu porsi sedang @200 cc per gelas. Klien selalu menolak untuk makan. DO: 1. Mukosa bibir kering 2. Bising usus 5 x/menit 3. Menolak untuk makan (terlihat makanan dari RS tidak habis, tinggal separuh). |
| Etiologi | | Kurang Asupan Makanan |
| Problem | | Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh. |

Masalah keperawatan lain yang muncul pada penderita TB Paru adalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Menurut tinjauan teori (Muttaqin, 2008) ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh ini disebabkan karena adanya penumpukan sekret yang efektif, sehingga terjadi batuk yang terus menerus, dan akan menjadi anoreksia, mual, dan muntah.

Menurut tinjauan teori (Doenges, 2000), diagnosa keperawatan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh ini muncul jika ditemukan adanya penurunan BB 10-20% ideal untuk BB. Penurunan BB ini muncul pada klien 2, dimana BB awal sebelum sakit yaitu 23 kg, pada saat sakit yaitu 20 kg, dengan penurunan BB 3kg sudah bisa diangkat diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d kurang asupan makanan, karena pada data di atas sudah terdapat tanda-tanda kurang asupan makanan, misalnya klien hanya mampu menghabiskan ½ makanan diit dari RS, dan atau klien sering menolak untuk makan.

| Analisa | Klien 1 | Klien 2 |
|----------|---------|---|
| Data | | DS: - DO: Pada kulit terdapat banyak lesi, menyebar di daerah siku-siku, telinga, lutut, dan pantat. |
| Etiologi | | Imobilisasi fisik. |
| Problem | | Kerusakan Integritas Kulit |

Masalah keperawatan lain yang muncul pada penderita TB Paru yaitu kerusakan integritas kulit. Menurut tinjauan teori (Wilkinson & Ahern, 2013), definisi dari kerusakan integritas kulit yaitu perubahan epidermis dan dermis, dengan batasan karakteristik yaitu: Subjektif: (-). Objektif: kerusakan pada lapisan kulit (dermis), kerusakan pada permukaan kulit (epidermis), dan invasi struktur. Pada klien 2 hanya ditemukan 1 batasan karakteristik yang mendukung untuk kerusakan integritas kulit, yaitu hanya ditemukan adanya kerusakan pada permukaan kulit (epidermis), hal ini terlihat pada kulit klien terdapat banyak lesi, menyebar di daerah siku-siku, telinga, lutut, dan pantat.

Kerusakan integritas kulit yang terjadi pada klien 2 ini diakibatkan karena terjadi imobilisasi fisik, dimana pada klien 2 ini terjadi kontraktur di seluruh tubuh, sehingga klien sulit untuk menggerak-gerakkan seluruh anggota tubuhnya, dan klien selalu berbaring di tempat tidur tanpa mengubah posisi tidurnya, sehingga lama-kelamaan terjadi ulkus, dan menyebar ke daerah yang lain seperti di sekitar siku, telinga, dan lutut.

Lampiran 4.2 Daftar Diagnosa Keperawatan Tambahan

| | |
|---------|--|
| Klien 2 | 1. Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan muskuloskeletal (kontraktur). |
| | 2. Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh berhubungan dengan Penyakit kronis (TB Paru). |
| | 3. Kerusakan Integritas Kulit berhubungan dengan Imobilisasi fisik. |

Menurut tinjauan teori (Doenges, 2000), masalah keperawatan yang muncul pada penderita TB Paru yaitu risiko tinggi infeksi, ketidakefektifan bersihan jalan nafas, risiko tinggi terhadap kerusakan pertukaran gas, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, dan kurang pengetahuan mengenai kondisi, aturan tindakan, dan pencegahan.

Pada kedua klien ditemukan bahwa, pada klien 1 hanya ditemukan 1 masalah, yaitu ketidakefektifan pembersihan jalan nafas, sedangkan pada klien 2 ditemukan 4 masalah, yaitu ketidakefektifan pembersihan jalan nafas, hambatan mobilitas fisik, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, dan kerusakan integritas kulit.

Menurut penulis, ada perbedaan antara fakta dan teori, dimana pada klien 1 hanya ditemukan 1 masalah keperawatan, hal tersebut terjadi karena pada klien masih belum mengalami komplikasi yang lebih lanjut, tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi, sehingga tidak memunculkan masalah keperawatan yaitu risiko tinggi infeksi, karena pada saat itu klien sudah mendapatkan antibiotik dari rumah sakit tempat klien rawat inap. Pada klien 1, klien tidak mengalami masalah keperawatan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, hal tersebut karena tidak ada data-data yang mendukung untuk menegakkan diagnosa keperawatan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, misalnya seperti penurunan BB yaitu 20%.

Pada klien 2 ada perbedaan antara teori dan kenyataan, dimana pada klien 2 ini ditemukan masalah keperawatan yang tidak sesuai dengan teori. Pada klien 2 ini ditemukan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik dan kerusakan integritas kulit yang keduanya tidak ada dalam teori. Menurut penulis, hal tersebut disesuaikan dengan kondisi kesehatan klien. Pada klien 2 ini, kondisi kesehatannya sangat memburuk, dimana pada klien 2 ini mengalami ulkus decubitus, dan luka yang terjadi menyebar di seluruh tubuh, sehingga dari

kejadian tersebut penulis bisa mengangkat masalah keperawatan kerusakan integritas kulit. Pada klien 2 ini, juga mengalami masalah keperawatan yaitu hambatan mobilitas fisik, hal tersebut terjadi karena pada klien mengalami kontraktur di semua persendian, dan klien mengatakan sulit untuk menggerak-gerakkan anggota tubuhnya, sehingga dalam hal tersebut klien mengangkat masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik yang sebenarnya dalam teori tidak ada.



Lampiran 4.3 Intervensi Keperawatan Tambahan Pada Klien 2

| Intervensi Klien 2 (5- 7 Oktober 2017) | | |
|---|---|--|
| Diagnosa Keperawatan | Intervensi | Rasional |
| <p>Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan muskuloskeletal (kontraktur).</p> <p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien mampu menggerak-gerakkan anggota tubuhnya secara minimal atau bebas.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Secara verbal klien mengatakan tidak nyeri saat menggerak-gerakkan anggota tubuhnya. 2. Klien mampu menggerak-gerakkan anggota tubuhnya atau mng secara minimal atau maksimal. 3. Klien mampu mengubah posisinya dari tempat tidur (miring kanan atau miring kiri, atau posisi duduk). | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi respon klien terhadap aktivitas. Catat serta laporkan adanya peningkatan kelemahan/fatigue baik selama maupun setelah aktivitas. 2. Batasi pengunjung selama fase akut atas indikasi dan jelaskan pentingnya beristirahat. 3. Ajarkan kepada klien untuk melakukan ROM aktif. 4. Anjurkan kepada keluarga klien untuk sering mengubah posisi tidur, baik miring kanan atau pun miring kiri. 5. Bantu klien untuk memenuhi kebutuhan <i>self care</i>. | <p>Memberikan kemampuan/kebutuhan klien dan memfasilitasi dalam pemilihan intervensi.</p> <p>Mengurangi stress dan stimulasi yang berlebihan, meningkatkan istirahat untuk memelihara energi untuk penyembuhan.</p> <p>Untuk mencegah adanya kontraktur yang berlebihan.</p> <p>Pengubahan posisi tidur yang lebih sering, dapat mencegah timbulnya decubitus.</p> <p>Meminimalkan kelelahan dan menolong menyeimbangkan kebutuhan.</p> |
| <p>Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh berhubungan dengan Penyakit kronis (TB Paru).</p> <p>Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nutrisi tetap seimbang.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien menunjukkan nafsu makan meningkat. 2. Tidak ada anoreksia atau mual dan muntah. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor yang menyebabkan nausea/ vomiting misal, sputum yang berlebihan, terapi aerosol, dyspnea berat dan nyeri. 2. Berikan tempat untuk membuang sputum. Bantu dengan oral hygiene 3. Auskultasi bising usus. Observasi/ palpasi distensi abdomen. 4. Berikan makan sedikit dan sering, termasuk makanan kering (biskuit), dan/ atau makanan yang menarik bagi klien 5. Evaluasi status nutrisi secara | <p>Agar dapat memilih intervensi sesuai penyebab.</p> <p>Meminimalkan rasa tidak enak.</p> <p>Bising usus mungkin berkurang/tidak jika ada proes infeksi menjadi berat/ lama. Distensi abdomen dapat timbul sebagai hasil dari tertelannya udara atau reflex dari toksin bakteri pada saluran gastrointestinal (GI).</p> <p>Hal ini dapat meningkatkan intake meskipun nafsu makan mungkin lambat kembali.</p> <p>Adanya konsisi kronik atau</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | umum, dibandingkan dengan berat normal. | pembatasan finansial dapat mengontribusi terjadinya malnutrisi, menurunkan resistensi terhadap infeksi dan/ atau memperlambat terhadap respon terapi. |
| | 6. Berikan pengobatan atas indikasi. | Membantu meningkatkan Hb dan mengatasi anemia |
| Kerusakan Integritas Kulit berhubungan dengan Imobilisasi fisik. | 1. Kaji luka klien. Kaji luas integritas kulit yang rusak. | Untuk mengetahui intervensi atau tindakan yang tepat. |
| Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas jaringan kulit baik. | 2. Kaji penyebab dari terjadinya kerusakan integritas kulit. | Untuk meminimalkan komplikasi dan mampu mengatasi penyebab dari kerusakan integritas kulit. |
| Kriteria hasil: | 3. Berikan intervensi yang tepat dari penyebab kerusakan integritas kulit. | Mengembalikan keutuhan kulit. |
| 1. Tidak ada eritema di sekitar luka. | 4. Berikan pengobatan atas indikasi. Rawat luka secara berkala. | Meminimalkan terjadinya komplikasi, dan mengembalikan keutuhan kulit. |
| 2. Luka tidak berbau. | | |
| 3. Tidak ada lesi di sekitar luka. | | |
| 4. Kulit mampu menyatu (di sekitar luka kering) | | |
| 5. Secara verbal mengatakan bahwa suhu tubuh tidak panas (S = 36,5 – 37,5 °C. | | |

4.4 Lampiran Implementasi Tambahan Pada Klien 2

| Diagnosa Keperawatan | Jam | Hsri 1 | Jam | Hari 2 | Jam | Hari 3 |
|---|-------|--|-------|--|-------|--|
| 1. Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan muskuloskeletal (kontraktur). | 09:35 | 1. Mengubah posisi tirah baring pasien (posisi miring kanan dan miring kiri) Hasil: px mampu melakukan posisi miring kanan dan miring kiri dengan bantuan perawat dan keluarga. | 08:40 | 1. Mengubah posisi tirah baring pasien (posisi miring kanan dan miring kiri) Hasil: px mampu melakukan posisi miring kanan dan miring kiri dengan bantuan perawat dan keluarga. | 08:30 | 1. Mengubah posisi tirah baring pasien (posisi miring kanan dan miring kiri) dan mengubah posisi duduk. Hasil: px mampu melakukan posisi miring kanan dan miring kiri dengan bantuan perawat dan keluarga. Px mampu duduk walau hanya \pm 10 menit, dan px mengatakan pusing saat dibuat duduk. |
| | 09:45 | 2. Melakukan ROM pasif pada px yaitu: a. Melakukan fleksi dan ekstensi pada jari-jari kaki dan tangan. Hasil: px mampu menggerak-gerakan kaki dan tangannya dengan gerakan fleksi dan ekstensi | 09:00 | 2. Melakukan ROM pasif pada px yaitu: a. Melakukan fleksi dan ekstensi pada jari-jari kaki dan tangan. Hasil: px mampu menggerak-gerakan kaki dan tangannya dengan gerakan fleksi dan ekstensi | 08:45 | 2. Melakukan ROM pasif pada px yaitu: a. Melakukan fleksi dan ekstensi pada jari-jari kaki dan tangan. |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | <p>dengan bantuan perawat.</p> <p>b. Melakukan gerakan fleksi dan ekstensi pada siku-siku klien.</p> <p>Hasil: px mampu menggerakkan siku-sikunya dengan gerakan fleksi, tetapi px tidak mampu melakukan gerakan ekstensi pada siku-sikunya.</p> <p>c. Melakukan gerakan fleksi dan ekstensi pada lutut klien.</p> <p>Hasil: px mampu melakukan gerakan fleksi dan ekstensi pada lututnya.</p> | | <p>dengan bantuan perawat.</p> <p>b. Melakukan gerakan fleksi dan ekstensi pada siku-siku klien.</p> <p>Hasil: px mampu menggerakkan siku-sikunya dengan gerakan fleksi, tetapi px tidak mampu melakukan gerakan ekstensi pada siku-sikunya.</p> <p>c. Melakukan gerakan fleksi dan ekstensi pada lutut klien.</p> <p>Hasil: px mampu melakukan gerakan fleksi dan ekstensi pada lututnya.</p> | | <p>Hasil: px mampu menggerak-gerakan kaki dan tangannya dengan gerakan fleksi dan ekstensi dengan bantuan perawat.</p> <p>b. Melakukan gerakan fleksi dan ekstensi pada siku-siku klien.</p> <p>Hasil: px mampu menggerakkan siku-sikunya dengan gerakan fleksi, tetapi px tidak mampu melakukan gerakan ekstensi pada siku-sikunya.</p> <p>c. Melakukan gerakan fleksi dan ekstensi</p> |
|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|
| | | <p>d. Melakukan gerakan abduksi dan adduksi pada tangan dan kakinya. Hasil: px mampu melakukan gerakan abduksi dan adduksi pada tangan dan kakinya, namun klien mengatakan kaku dan nyeri pada tangan dan kakinya saat digerakkan menjauh dan mendekat.</p> <p>3. Menganjurkan kepada keluarga klien untuk sering-sering merubah posisi klien. Hasil: keluarga px kooperatif dan mau</p> | 10:00 | | <p>d. Melakukan gerakan abduksi dan adduksi pada tangan dan kakinya. Hasil: px mampu melakukan gerakan abduksi dan adduksi pada tangan dan kakinya, namun klien mengatakan kaku dan nyeri pada tangan dan kakinya saat digerakkan menjauh dan mendekat.</p> <p>3. Menganjurkan kepada keluarga klien untuk sering-sering merubah posisi klien. Hasil: keluarga px kooperatif dan mau</p> | 09:30 | | <p>pada lutut klien. Hasil: px mampu melakukan gerakan fleksi dan ekstensi pada lututnya.</p> <p>d. Melakukan gerakan abduksi dan adduksi pada tangan dan kakinya. Hasil: px mampu melakukan gerakan abduksi dan adduksi pada tangan dan kakinya, namun klien mengatakan nyeri pada tangan dan kakinya saat digerakkan menjauh dan mendekat.</p> <p>3. Menganjurkan kepada</p> | 09:15 |
|--|--|--|-------|--|--|-------|--|--|-------|

| | | | | | | |
|--|--|--|--------------------|--|--------------------|---|
| | | mengikuti arahan dari perawat. | | mengikuti arahan dari perawat. | | keluarga klien untuk sering-sering merubah posisi klien. Hasil: keluarga px kooperatif dan mau mengikuti arahan dari perawat. |
| 2. Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh berhubungan dengan Penyakit kronis (TB Paru). | 10:10 10:15 10:20 10:30 | 1. Mengidentifikasi faktor yang menyebabkan nausea/ vomiting. Hasil: px mengatakan bahwa px tidak nafsu makan karena batuk dan nyeri telan. 2. Menimbang Berat Badan Hasil: BB = 20 kg. 3. Mengauskultasi bising usus. Observasi/ palpasi distensi abdomen. 4. Memberikan makan sedikit dan sering. Hasil: px hanya mampu menghabiskan ½ porsi bubur halus diit dari RS, dan px mampu menghabiskan 1 gelas susu ± 250 ml. Px mengatakan tidak nafsu makan. | 09:40 09:50 | 1. Mengauskultasi bising usus. Observasi/ palpasi distensi abdomen. 2. Memberikan makan sedikit dan sering. Hasil: px hanya mampu menghabiskan 5 sendok makanan biskuit yang direndam dengan ¼ air gelas belimbing. Px mengatakan tidak nafsu makan. | 09:30 10:00 | 1. Mengauskultasi bising usus. Observasi/ palpasi distensi abdomen. 2. Memberikan makan sedikit dan sering. Hasil: px mampu menghabiskan ½ makanan bubur diit dari RS, dan px mampu minum ¾ susu diit dari RS. Px mengatakan nafsu makan sedikit meningkat, dan mulai enak makan. |

| | | | | | | |
|--|-------|---|-------|--|-------|--|
| <p>4. Kerusakan Integritas Kulit berhubungan dengan Imobilisasi fisik.</p> | 11:00 | <p>1. Melakukan observasi pada kulit yang mengalami lecet. Hasil: kulit yang lecet di seluruh tubuh, tetapi yang lebih parah yaitu di daerah pantat. Luka tidak berbau dan tidak ada lesi di sekitar luka.</p> | 10:00 | <p>1. Memberikan pengobatan atas indikasi yaitu pemberian salep di daerah kulit yang lecet. Hasil: luka masih memerah dan tampak belum kering seutuhnya, tetapi sudah ada yang kering seperti di daerah siku-siku dan telinga, tetapi di daerah telinga tidak seutuhnya kering. Px mengatakan tubuhnya tidak terasa panas.</p> | 10:30 | <p>1. Memberikan pengobatan atas indikasi yaitu pemberian salep di daerah kulit yang lecet. Hasil: luka masih memerah dan tampak belum kering seutuhnya, tetapi sudah ada yang kering seperti di daerah siku-siku dan telinga, tetapi di daerah telinga tidak seutuhnya kering. Px mengatakan tubuhnya tidak terasa panas.</p> |
| | 11:10 | <p>2. Mencari informasi tentang penyebab dari kulit yang lecet di seluruh tubuh. Hasil: keluarga px mengatakan bahwa kulit yang lecet awalnya disebabkan karena gatal-gatal, dan kulit yang lecet di daerah pantat disebabkan karena px jarang untuk bergerak (miring kanan</p> | 11:00 | <p>2. Observasi suhu Hasil: S = 36 °C.</p> | 11:00 | <p>2. Observasi suhu Hasil: S = 36 °C.</p> |

| | | | | | |
|--|-------|--|--|--|--|
| | 11:20 | <p>atau miring kiri), akhirnya kulit di daerah pantat menjadi lecet.</p> <p>3. Memberikan pengobatan atas indikasi yaitu pemberian salep di daerah kulit yang lecet.</p> <p>Hasil: luka masih memerah dan tampak belum kering seutuhnya, tetapi sudah ada yang kering seperti di daerah siku-siku. Px mengatakan sedikit panas di daerah luka.</p> | | | |
| | 11:35 | <p>4. Observasi suhu.</p> <p>Hasil: suhu 37 °C.</p> | | | |

4.5 Lampiran Evaluasi Keperawatan Tambahan Pada Klien 2

| Evaluasi SOAP | | | |
|---|--|--|---|
| Diagnosa Keperawatan | Hari 1 (5 Oktober 2017) | Hari 2 (6 Oktober 2017) | Hari 3 (7 Oktober 2017) |
| Hambatan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan muskuloskeletal (kontraktur). | <p>S : Klien mengatakan kaku dan nyeri saat kaki dan tangannya digerakkan menjauh dan mendekat.</p> <p>O : Klien mampu mengubah posisinya miring kanan dan miring kiri. Klien mampu melakukan gerakan fleksi dan ekstensi pada kaki dan tangannya. Klien mampu melakukan gerakan fleksi pada siku-sikunya, tetapi klien tidak bisa melakukan gerakan ekstensi pada siku-sikunya. Klien mampu melakukan gerakan fleksi dan ekstensi pada lututnya. Klien mampu melakukan gerakan abduksi dan adduksi pada kaki dan tangannya.</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi no. 1,2,3</p> | <p>S : Klien mengatakan kaku dan nyeri saat kaki dan tangannya digerakkan menjauh dan mendekat.</p> <p>O : Klien mampu mengubah posisinya miring kanan dan miring kiri. Klien mampu melakukan gerakan fleksi dan ekstensi pada kaki dan tangannya. Klien mampu melakukan gerakan fleksi pada siku-sikunya, tetapi klien tidak bisa melakukan gerakan ekstensi pada siku-sikunya. Klien mampu melakukan gerakan fleksi dan ekstensi pada lututnya. Klien mampu melakukan gerakan abduksi dan adduksi pada kaki dan tangannya.</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi no. 1,2,3</p> | <p>S : Klien mengatakan kaku dan nyeri saat kaki dan tangannya digerakkan menjauh dan mendekat, dan klien mengatakan pusing saat dirinya duduk.</p> <p>O : Klien mampu mengubah posisinya miring kanan dan miring kiri. Klien mampu duduk walau hanya ±10 menit. Klien mampu melakukan gerakan fleksi dan ekstensi pada kaki dan tangannya. Klien mampu melakukan gerakan fleksi pada siku-sikunya, tetapi klien tidak bisa melakukan gerakan ekstensi pada siku-sikunya. Klien mampu melakukan gerakan fleksi dan ekstensi pada lututnya. Klien mampu melakukan gerakan abduksi dan adduksi pada kaki dan tangannya.</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi no. 1,2,3</p> |
| Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang Dari Kebutuhan Tubuh berhubungan dengan Penyakit kronis (TB Paru). | <p>S : Px mengatakan tidak nafsu makan.</p> <p>O : Px mampu menghabiskan ½ porsi bubur diit dari RS, dan mampu menghabiskan 1 gelas susu ± 250 ml.</p> <p>A : Masalah belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi no, 3 dan 4</p> | <p>S : Px mengatakan tidak nafsu makan.</p> <p>O: Px hanya mampu menghabiskan 5 sendok makanan biskuit yang direndam dengan ¼ air gelas belimbing.</p> <p>A : Masalah belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi no, 3 dan 4</p> | <p>S : Px mengatakan nafsu makan sedikit meningkat dan mulai enak makan.</p> <p>O : Px mampu menghabiskan ½ makanan bubur diit dari RS, dan mampu menghabiskan ¾ susu diit dari RS.</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi no, 3 dan 4</p> |

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>Kerusakan Integritas Kulit berhubungan dengan Imobilisasi fisik.</p> | <p>S : Klien mengatakan sedikit panas di sekitar luka. O : luka tampak memerah, tidak ada lesi, tidak berbau, luka di sekitar siku-siku sudah kering, S= 37 °C. A : Masalah belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi no. 3 dan 4.</p> | <p>S : Klien mengatakan tubuhnya tidak terasa panas. O : luka tampak memerah, tidak ada lesi, tidak berbau, luka di sekitar siku-siku dan telilnga sudah kering, S = 36 °C. A : Masalah teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi no. 3 dan 4.</p> | <p>S : Klien mengatakan tubuhnya tidak terasa panas. O : luka tampak memerah, tidak ada lesi, tidak berbau, luka di sekitar siku-siku dan telilnga sudah kering, S = 36 °C. A : Masalah teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi no. 3 dan 4.</p> |
|---|--|---|---|

Lampiran 4.6 Satuan Acara Penyuluhan TB Paru

SATUAN ACARA PENYULUHAN

| | |
|--------------|--|
| Topik | : TB Paru |
| Hari/Tanggal | : |
| Waktu | : ± 15 menit |
| Tempat | : RSUD dr. Haryoto Lumajang Ruang Melati |
| Sasaran | : Keluarga pasien |

A. ANALISA SITUASIONAL

1. Sasaran:
 - Keluarga pasien dan pasien
2. Tempat:
 - Pasien yang menjalani rawat inap di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang
3. Penyuluh:
 - Penulis (Iis Ariskiyani)

B. TUJUAN INSTRUKSIONAL

1. Tujuan Instruksional Umum
Setelah mengikuti penyuluhan tentang TB Paru selama ±15 menit diharapkan keluarga memahami tentang TB Paru.
2. Tujuan Instruksional Khusus
Setelah mengikuti penyuluhan selama ± 15 menit diharapkan keluarga pasien mampu:
 - a. Dapat menjelaskan pengertian TB Paru
 - b. Dapat menjelaskan penyebab TB Paru
 - c. Dapat menjelaskan gejala / tanda – tanda TB Paru

- d. Dapat menjelaskan cara penularan TB Paru
- e. Dapat melaksanakan cara pencegahan TBParu.
- f. Dapat menjelaskan pengobatan TB Paru

C. MATERI PENYULUHAN (Terlampir)

- a. Pengertian TB Paru
- b. Penyebab dari TB Paru
- c. Tanda gejala atau manifestasi klinis dari TB Paru
- d. Cara pencegahan TB Paru
- e. Pengobatan yang diberikan pada penderita TB Paru

D. KEGIATAN PEYULUHAN

| No. | Tahap | Waktu | Kegiatan |
|-----|--------------|----------|--|
| 1. | Pembukaan | 2 menit | Menyampaikan tujuan |
| 2. | Pengembangan | 10 menit | Menggali dan menjelaskan tentang : <ul style="list-style-type: none"> - Pengertian TB Paru - Penyebab TB Paru - Gejala / tanda – tanda TB Paru - Cara penularan TB Paru - Cara pencegahan TB Paru - Cara pengobatan TB Paru <p>Memberikan kesempatan pada keluarga pasien untuk bertanya</p> |
| 3. | Penutup | 3 menit | Menyimpulkan materi bersama keluarga pasien dan melakukan evaluasi. |

E. MEDIA PENYULUHAN

- Leaflet

F. METODE PENYULUHAN

- a. Ceramah
- b. Diskusi
- c. Tanya jawab

G. EVALUASI

Evaluasi dilakukan untuk mengetahui seberapa besar pemahaman keluarga pasien mengenai materi yang sudah disampaikan, sehingga ada beberapa pertanyaan yang merupakan materi inti yang ditujukan kepada keluarga pasien, yaitu:

- a. Apa pengertian dari TB Paru?
- b. Apa saja faktor penyebab dari TB Paru?
- c. Bagaimana manifestasi klinis atau tanda dan gejala dari TB Paru?
- d. Bagaimana cara penularan dari TB Paru?
- e. Bagaimana cara pencegahan untuk penyakit TB Paru?
- f. Bagaimana cara pengobatan yang dilakukan pada penderita TB Paru?

H. DAFTAR PUSTAKA

Naga, S. S. (2012). *Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. Yogyakarta: DIVA Press.

Tiar, E., Praptiani, W., & Bariid, B. (2011). *Kapita Selekta Penyakit: Dengan Implikasi Keperawatan, Ed. 2*. Jakarta: EGC.

Wahid, A., & Suprpto, I. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah, Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Pernapasan Tuberculosis (TBC)*. Jakarta: CV. Trans Info Media.

Yasmara, D., Nursiswati, & dkk. (2017). *Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.

TB PARU

1. DEFINISI

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh “Mycobacterium Tuberculosis”. Kuman ini yang dapat menyerang semua organ bagian tubuh manusia, dan yang paling sering terkena adalah organ paru (90%). (Wahid & Suprpto, 2013)

Tuberculosis merupakan penyakit yang disebabkan oleh Mycobacterium Tuberculosis yang merupakan kuman aerob yang dapat hidup terutama di paru atau berbagai organ tubuh lainnya yang mempunyai tekanan parsial oksigen yang tinggi. (Yasmara, Nursiswati, & dkk, Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah, 2017)



2. PENYEBAB ATAU ETIOLOGI

Penyakit tuberculosis disebabkan oleh bakteri Mycobacterium Tuberculosis. Kuman ini memiliki sifat tahan terhadap asam karena dilapisi oleh lemak/lipid. Sifat lain dari kuman ini adalah aerob yang menyukai daerah yang banyak mengandung oksigen. (Yasmara, Nursiswati, & dkk, Rencana Asuhan Keperawatan Medikal Bedah, 2017)

Adapun berbagai faktor risiko yang mempengaruhi seseorang terjangkit penyakit Tuberculosis Paru, diantaranya yaitu:

5) Pecandu alkohol. Pada pasien pecandu alkohol yang memiliki kelainan pada hati akan mengalami penurunan jumlah limfosit.

6) Infeksi HIV, pada pasien yang terinfeksi HIV terjadi penurunan dan disfungsi limfosit T CD4 secara progresif disertai terjadinya defek fungsi makrofag dan monosit.

7) Diabetes Militus (DM). Pada pasien DM dengan kadar gula yang tinggi akan memicu terjadinya defek imunologi yang akan menurunkan fungsi neutrofil, monosit, maupun limfosit.

8) Kemiskinan diidentikan dengan keadaan malnutrisi, keadaan malnutrisi menurunkan resistensi terhadap infeksi, karena produksi antibodi oleh tubuh berkurang sehingga disimpulkan bahwa semua faktor risiko TB menurunkan fungsi imun tubuh yang berfungsi sebagai pertahanan tubuh terhadap kuman TB.

Adapun menurut (Tiar, Praptiani, & Bariid, 2011) faktor risiko yang muncul yaitu:

- 1) Kontak dengan pasien yang baru didiagnosis TB.
- 2) Riwayat terpajan TB sebelumnya.
- 3) Berganti-ganti pasangan seksual.
- 4) Gastrektomi.
- 5) Tinggal di panti wreda, rumah sakit jiwa, atau penjara.

3. MANIFESTASI KLINIS

Gejala Respiratorik meliputi:

- 6) Batuk

Gejala batuk timbul paling dini. Gejala ini banyak ditemukan. Batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang untuk keluar. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (non produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum) ini terjadi lebih dari 3 minggu. Keadaan yang lanjut adalah batuk darah yang terjadi karena terdapat pembuluh darah yang pecah.

7) Batuk Darah

Darah yang dikeluarkan dalam dahak bervariasi, mungkin tampak berupa garis atau bercak-bercak darah, gumpalan darah, atau darah segar dalam jumlah sangat banyak. Batuk darah terjadi karena pecahnya pembuluh darah. Berat ringannya batuk darah tergantung dari besar kecilnya pembuluh darah yang pecah.

Gejala klinis haemoptoe:

Kita harus memastikan bahwa perdarahan bersal dari nasofaring dengan cara membedakan ciri-ciri sebagai berikut:

1. Batuk darah

- a. Darah dibatukkan dengan rasa panas di tenggorokan.
- b. Darah berbuih bercampur dengan udara.
- c. Darah segar berwarna merah muda.
- d. Darah bersifat alkalis.
- e. Anemia kadang-kadang terjadi.
- f. Benzidin test negatif.

2. Muntah darah

- (g.) Darah dimuntahkan dengan rasa mual.
- (h.) Darah bercampur dengan sisa-sisa makanan.
- (i.) Darah berwarna hitam karena bercampur dengan asam lambung.
- (j.) Darah bersifat asam.
- (k.) Anemia sering terjadi.
- (l.) Benzidin test positif.

3. Epistaksis

- (f.) Darah menetes dari hidung.
- (g.) Batuk pelan kadang keluar.
- (h.) Darah berwarna merah segar.
- (i.) Darah bersifat alkalis.

(j.) Anemia jarang terjadi.

8) Sesak napas

Sesak napas akan ditemukan pada penyakit yang sudah lanjut, infiltrasi sudah setengah bagian dari paru-paru. Gejala ini ditemukan bila kerusakan parenkim paru sudah laus atau karena ada hal-hal yang menyertai seperti efusi pleura, pneumothoraks, anemia, dll.

9) Nyeri Dada

Nyeri dada pada TB paru termasuk nyeri pleuritik yang ringan. Gejala ini timbul apabila sistem persarafan di pleura terkena.

Gejala sistemik, meliputi:

1) Demam

Biasanya subfebril menyerupai demam influenza. Tapi kadang-kadang panas bahkan mencapai 40-41 °C, keadaan ini sangat dipengaruhi daya tahan tubuh penderita dan berat ringannya infeksi kuman tuberculosis yang masuk. Demam merupakan gejala yang sering dijumpai biasanya timbul pada sore dan malam hari mirip demam influenza, hilang timbul dan makin lama makin panjang serangannya, sedangkan pada masa bebas serangannya makin pendek.

Gejala sistemik lainnya

Gejala sistemik lain ialah keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan serta malaise (gejala malaise sering ditemukan berupa tidak ada nafsu makan, sakit kepala, meriang, nyeri otot, dll). (Wahid & Suprpto, 2013)

4. PENULARAN TB PARU

Penyakit TBC ditularkan dari orang ke orang terutama melalui saluran nafas dengan menghisap atau menelan tetes-tetes ludah/dahak (droplet infection) yang mengandung basil dan dibatukkan oleh penderita TB Paru, atau juga karena adanya kontak antara tetes ludah/dahak tersebut dan luka di kulit. Dalam tetes-tetes ini kuman dapat hidup dalam

beberapa jam dalam udara panas lembab, dalam nanah bahkan beberapa hari.

5. CARA PENCEGAHAN

Banyak hal yang bisa dilakukan untuk mencegah terjangkitnya TBC paru. Pencegahan-pencegahan berikut dapat dikerjakan oleh penderita, masyarakat, maupun petugas kesehatan. Berikut adalah bentuk-bentuk pencegahan, diantaranya yaitu:

a. Bagi penderita, pencegahan penularan yang dapat dilakukan dengan menutup mulut saat batuk, dan membuang dahak tidak disembarang tempat.

b. Bagi masyarakat, pencegahan penularan dapat dilakukan dengan meningkatkan kesehatan tehanan bayi yaitu dengan memberikan BCG.

c. Bagi petugas kesehatan, pencegahan dapat dilakukan dengan memberikan penyuluhan tentang penyakit TBC, yang meliputi gejala, bahaya, dan akibat yang ditimbulkannya terhadap kehidupan masyarakat pada umumnya.

d. Petugas kesehatan juga harus segera melakukan pengisolasian dan pemeriksaan terhadap orang-orang yang terinfeksi atau dengan memberikan pengobatan khusus bagi penderita TBC ini. Pengobatan dengan cara menginap di rumah sakit hanya dilakukan bagi penderita dengan kategori berat dan memerlukan pengembangan progam pengobatannya, segingga tidak dikehendaki pengobatan jalan.

e. Pencegahan penularan juga dapat dicegah dengan melaksanakan desinfeksi, seperti cuci tangan kebersihan rumah, perhatian khusus terhadap muntahan, atau ludah anggota keluarga yang terjangkit penyakit ini (piring, tempat tidur, dan pakaian), dan menyediakan ventilasi rumah dan sinar matahari yang cukup.

f. Melakukan imunisasi orang-orang yang melakukan kontak langsung dengan penderita, seperti keluarga, perawat, dokter, petugas

kesehatan, dan orang lain yang terindikasi, dengan cara memberikan vaksin BCG dan tindak lanjut bagi yang positif tertular.

g. Melakukan penyelidikan terhadap orang-orang kontak. Perlu dilakukannya tes tuberculin bagi seluruh anggota keluarga. Apabila cara ini menunjukkan hasil negatif, perlu diulang untuk pemeriksaan lanjutan tiap bulan selama 3 bulan dan perlu penyelidikan yang intensif.

h. Dilakukan pengobatan khusus. Penderita dengan TBC aktif perlu pengobatan yang tepat, yaitu obat-obat kombinasi yang telah ditetapkan oleh dokter untuk diminum dengan tekun dan teratur selama 6-12 bulan. Perlu diwaspadai dengan adanya kekebalan terhadap obat-obatan, dengan pemeriksaan penyelidikan oleh dokter. (Naga, 2012)

6. CARA PENGOBATAN

Tujuan pengobatan pada penderita TB paru selain untuk menyembuhkan atau mengobati penderita juga mencegah kematian, mencegah kekambuhan atau resistensi terhadap OAT serta memutuskan rantai penularan. Pengobatan TBC diberikan dalam 2 tahap, yaitu:

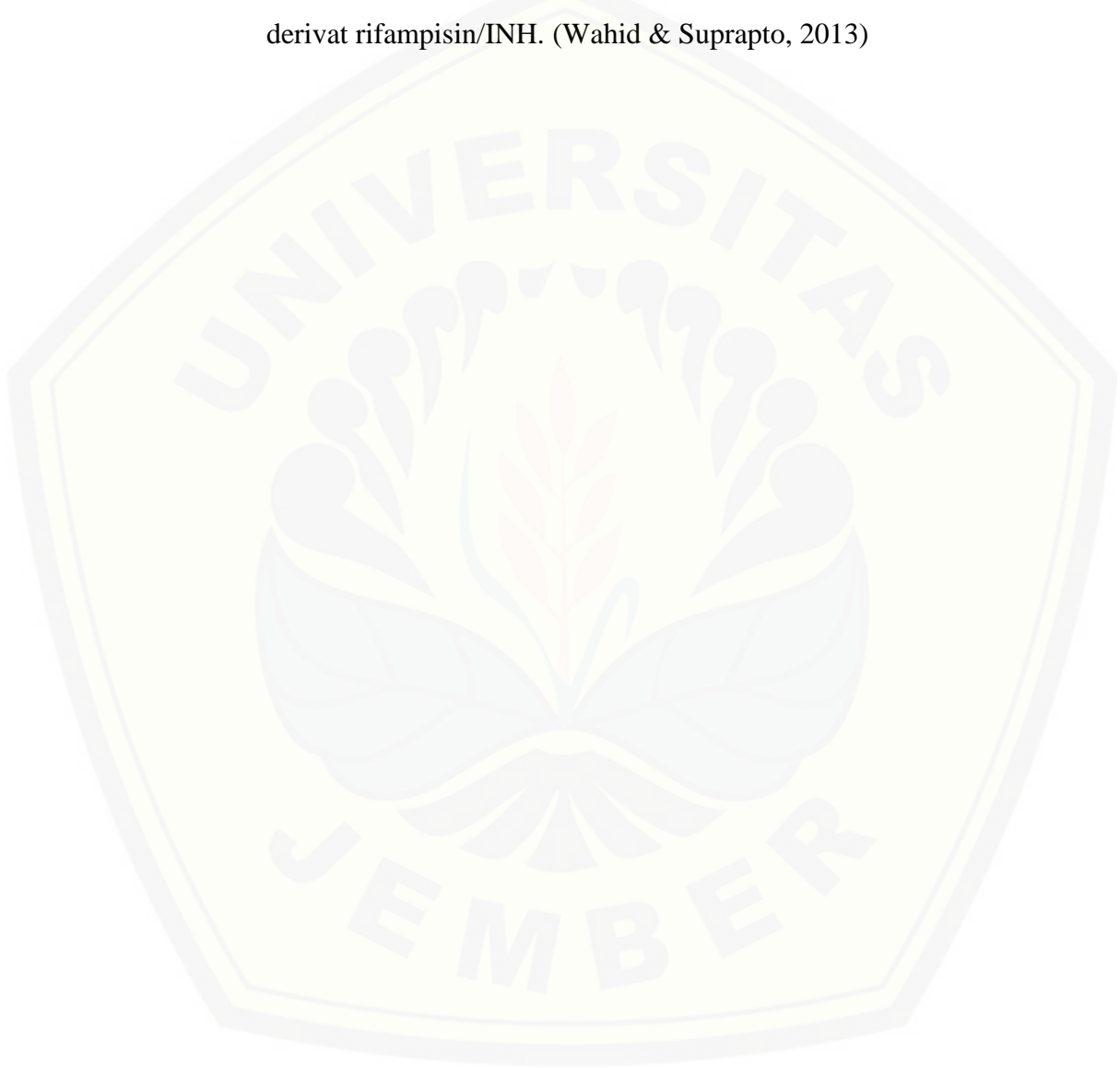
a. Tahap intensif (2-3 bulan)

Pada tahap intensif (awal) penderita mendapat obat setiap hari dan diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan terhadap semua OAT, terutama rifampisin. Bila pengobatan tahap intensif tersebut diberikan secara tepat, biasanya penderita menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar penderita TBC BTA positif menjadi BTA negatif pada akhir pengobatan yang intensif ini. Pengawasan ketat dalam tahap intensif sangat penting untuk mencegah terjadinya kekebalan obat.

b. Tahap lanjutan (4-7 bulan)

Pada tahap lanjutan, penderita mendapatkan jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka yang lebih lama. Tahap lanjutan penting untuk membunuh kuman yang persisten, sehingga mencegah kekambuhan.

- c. Panduan obat yang digunakan terdiri dari obat utama dan obat tambahan. Jenis obat utama yang digunakan sesuai dengan rekomendasi WHO adalah rifampisin, INH, pirasinamid, streptomisin, dan etambutol. Sedangkan jenis obat tambahan seperti kanamisin, kuinolon, makrolide, amoksisilin+ asam klavulanat, derivat rifampisin/INH. (Wahid & Suprpto, 2013)



SATUAN ACARA PENYULUHAN

TBC



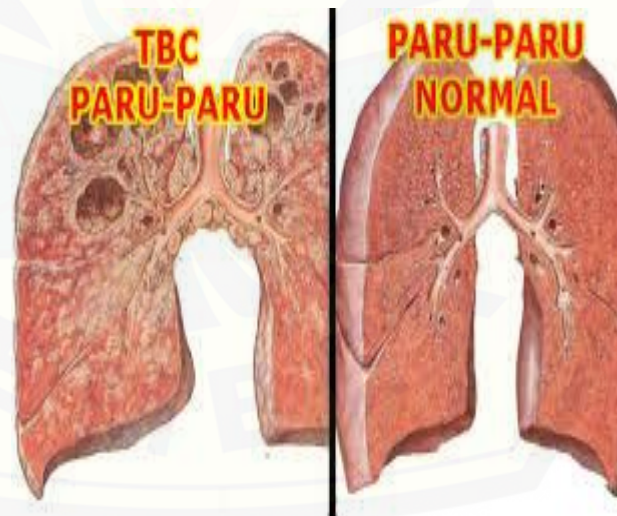
DISUSUN OLEH:
IIS ARISKIYANI

PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

2018

APA ITU TBC???

Tuberkulosis adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh “Mycobacterium Tuberculosis”. Kuman ini yang dapat menyerang semua organ bagian tubuh manusia, dan yang paling sering terkena adalah organ paru (90%).



PENYEBAB

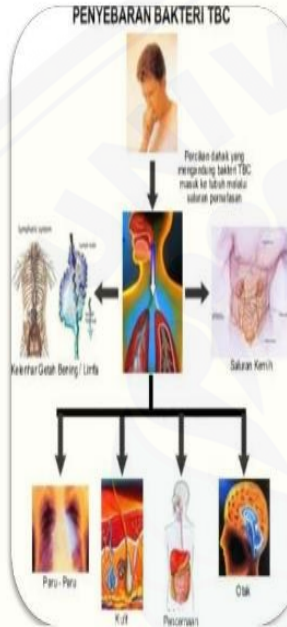
Bakteri penyebab penyakit tuberkulosis adalah mycobacterium tuberculosis



1. Pecandu alkohol.
2. Infeksi HIV.
3. Kontak dengan pasien yang didiagnosis TB.
4. Riwayat terpajan TB sebelum.
5. Berganti-ganti pasangan seks.

Bagaimana cara penularan Penyakit TBC ???

Kuman yang berterbangan di udara masuk kedalam tubuh manusia melalui pernafasan kemudian masuk ke paru-paru lalu ke sistim peredaran darah dan menyebar kebagian tubuh lainnya



TANDA DAN GEJALA





