



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TB PARU PADA Tn.S DAN Ny.I
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
BERSIHAN JALAN NAPAS DI WILAYAH KERJA
PUSKESMASROGOTRUNAN LUMAJANG**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Dwi Yuni Lestari
NIM 162303101035**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TB PARU PADA Tn.S DAN Ny.I
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
BERSIHAN JALAN NAPAS DI WILAYAH KERJA
PUSKESMASROGOTRUNAN LUMAJANG**

LAPORAN TUGAS AKHIR

Oleh

**Dwi Yuni Lestari
NIM 162303101035**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TB PARU PADA Tn.S DAN Ny.I
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
BERSIHAN JALAN NAPAS DI WILAYAH KERJA
PUSKESMASROGOTRUNAN LUMAJANG**

LAPORAN TUGAS AKHIR

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

Oleh

**Dwi Yuni Lestari
NIM 162303101035**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

PERSETUJUAN PEMBIMBING

Laporan Tugas Akhir berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga TB Paru Pada Tn. S dan Ny. I Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang " telah disetujui pada:

Hari, tanggal : Rabu, 11 Juli 2019
Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas
Jember Kampus Lumajang

Dosen Pembimbing,



R. Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep
NIP 760017249

PERSEMBAHAN

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

1. Kedua orang tua atas segala tetes keringat, kerja keras, kasih sayang, dukungan lahir maupun batin serta do'a yang tidak henti di setiap sholat, sujudnya setiap malam kepada penulis
2. Bapak R. Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis
3. Almamater Prodi D3 Fakultas Keperawatan Universitas Jember

MOTTO

Barang siapa yang bersungguh-sungguh, sesungguhnya kesungguhan tersebut
untuk kebaikan dirinya sendiri.

(terjemahan Surat *Al-Ankabut* ayat 6) *)

Sebetulnya kita mampu, kalau mau. Bukti bahwa kita mau adalah tidak malas,
tidak suka mengeluh, dan jujur. **)

*) Kementerian Agama. 2017. *About Us: Website Al-Qur'an Kementerian Agama Republik Indonesia*. [Online] Available at: <https://quran.kemenag.go.id/> [Accessed 20 September 2018].

**) Teguh, M. 2015. *Kata-Kata Mutiara Website*. [Online] Available at <http://www.katakata.co.id/2015/12/kata-kata-bijak-mario-teguh-sang.html> [Accessed 20 September 2018].

PERNYATAAN

Dengan ini Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Mahasiswa : Dwi Yuni Lestari
NIM : 162303101035

Menyatakan Laporan Tugas Akhir yang berjudul :

” Asuhan Keperawatan Keluarga TB Paru Pada Tn. S dan Ny. I Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang “

1. Disusun oleh saya sendiri
2. Tidak menggunakan karya tulis orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis diakui dalam laporan tugas akhir ini dan disebutkan dalam daftar referensi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Lumajang, 02 Juli 2019

Yang menyatakan,



Dwi Yuni Lestari
NIM 162303101035

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA TB PARU PADA Tn.S DAN Ny.I
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
BERSIHAN JALAN NAPAS DI WILAYAH KERJA
PUSKESMASROGOTRUNAN LUMAJANG**

Oleh

**Dwi Yuni Lestari
NIM 162303101035**

Pembimbing

Dosen Pembimbing : R. Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep

PENGESAHAN

Laporan Tugas Akhir yang berjudul "Asuhan Keperawatan Keluarga TB Paru Pada Tn. S dan Ny. I Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang " ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada :

Hari, tanggal : Kamis, 11 Juli 2019
Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Ketua Penguji,



Dr. Suhari, A. Per. Pen., M.M
NIP 196303021986031023

Anggota I,

Anggota II,



Zainal Abidin, A.Md Kep. S.Pd. M.Kes
NIP. 198001312008011007



R. Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep
NPR 760017249

Mengesahkan,
Koordinator Program Studi
D3 Keperawatan Universitas Jember



Nurul Hayati, S.Kep. Ners., MM.
NIP 196506291987032008

RINGKASAN

Asuhan Keperawatan Keluarga TB Paru Pada Tn. S dan Ny. I dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019; Dwi Yuni Lestari; 162303101035; 2019; 142 halaman; Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

TB paru adalah penyakit infeksi menular yang dapat menyerang organa tubuh terutama perenkim paru yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang salah satunya di tandai dengan batuk lebih dari 2 minggu, sesak napas, penurunan berat badan dan yang dilakukan pemeriksaan sputum BTA (+). Dengan masuknya kuman Tuberculosis Paru maka akan menginfeksi saluran nafas bawah dan dapat menimbulkan terjadinya batuk produktif dan darah sehingga akan menimbulkan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas. Ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah ketidakmampuan untuk membersihkan secret atau obstruksi saluaran napas guna memepertahankan jalan napas yang bersih. Jumlah seluruh kejadian TB di Puskesmas Rogotrunan pada tahun 2014 sejumlah 100 orang mengalami peningkatan pada tahun 2016 sebanyak 111 orang dilihat dari jumlah penduduk laki-laki dan perempuan.

Desain penulisan menggunakan laporan kasus yang ditulis secara naratif untuk mendeskripsikan asuhan keperawatan keluarga TB Paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas meliputi pengkajian, merumuskan diagnose keperawatan, menyusunn intervensi, melakukan implementasi dan evaluasi keperawatan. Penelitian dilakukan kepada dua orang klien yang sudah terdiagnosa TB Paru. Data yang dikumpulkan dengan cara wawancara dengan klien dan keluarga, observasi dan pemeriksaan fisik serta studi dokumentasi.

Berdasarkan hasil pengkajian, kedua klien terjadi perbedaan dalam menjaga kebersihan lingkungan yang nantinya biasa mengakibatkan resiko penularan TB Paru serta terjadi perbedaan lama pengobatan karena salah satu klien mempunyai penyakit penyerta. Secara umum intervensi pada kedua klien terdiri dari 4 tipe :

keperawatan mandiri, *health education*, kolaborasi, observasi monitoring evaluasi serta terdapat inveniensi tambahan yang di ambil dari sumber jurnal lain dari hasil penelitian diharapkan bagi tenaga kesehatan untuk terus meningkatkan dan mengoptimalkan keterampilan untuk melaksanakan terapi yang berhubungan pada TB Paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas. Selaian itu tenaga kesehatan diharapkan dapat memberikan *health education* kepada klien dan keluarga tentang TB Paru untuk meningkatkan pengetahuan keluarga sehingga keluarga dapat memahami tatalaksana untuk meminimalkan gejala sehingga tidak terjadi komplikasi yang berlebih.

SUMMARY

A Nursing Care on Pulmonary Tuberculosis Clients Mr. S and Mrs. I under Nursing Problem of Airway Clearance Ineffectiveness in Regional Area of Puskesmas Rogotrunan Lumajang 2019; Dwi Yuni Lestari; 162303101035; 2019; 142 pages; Faculty of Nursery; University of Jember.

Pulmonary tuberculosis is a kind of infectious disease which is able to attack body organ, particularly pulmonary parenchyma that is caused by tuberculosis mycobacterium germ. The symptoms and signs that appear on the clients are initially indicated by cough in more than 2 weeks, asphyxia, body weight decrease, and check-up of BTA (+) sputum. When the pulmonary tuberculosis germ appears on the client body, it will infect lower breathing airway and cause to productive cough and blood, then, it impacts to nursing problem of airway clearance ineffectiveness. The ineffectiveness of airway clearance refers to disability to clear breathing airway secretion or obstruction in order to maintain the cleanness of airway. The total incident of tuberculosis disease in Puskesmas Rogotrunan along 2014 was 100 patients, where the total was increased in 2016 to 111 patients, if it was examined from the total resident of man and woman.

This research exerts design of case study in narrative in order to describe family nursing care on pulmonary tuberculosis under nursing problem of airway clearance ineffectiveness. Therefore, this research requires to assessment, formulation of nursing diagnosis, intervention plan, and nursing implementation and evaluation. The research data is taken from two clients who are diagnosed pulmonary tuberculosis. The data is collected through method of interview on the clients and family, observation as well as physical check-up, and documentation study.

Based on the assessment result, the two clients indicate the difference to keep environmental cleanness which aims to reduce risk of pulmonary tuberculosis infection as well as length of treatment, because one of clients has other disease. Generally, the intervention on two clients comprises of 4 types: independent nursing care, health education, collaboration, observation and evaluation

monitoring, and additional interventions which are taken from other journal sources. Due to the research finding, the researcher suggests to the health officers to keep maintaining and optimizing the skill to apply therapy regarding to pulmonary tuberculosis under nursing problem of airway clearance ineffectiveness. Also, the health officers are hopefully able to give health education to the clients and family about the pulmonary tuberculosis disease in order to increase family education, so the family is able to comprehend the treatment to minimize symptoms to appear and prevention to further complication.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT. atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga TB Paru Pada Tn. S dan Ny. I Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrungan Lumajang”. Laporan Tugas Akhir ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan diploma tiga (D3) Keperawatan Kampus Lumajang Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Drs. Moh. Hasan, M.SC., Ph.D., selaku rector Universitas Jember
2. Ibu Ns Lantin Sulistyorini, S.Kep.,M.Kes selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep. Ners., MM. Selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan izin sehingga dapat melakukan penelitian dan dukungan dalam terselesaikannya karya tulis ilmiah ini.
4. Dr. Suhari A Per.,Pen MM yang telah mengarahkan dan memberikan motivasi sehingga laporan tugas akhir ini menjadi lebih baik.
5. Zainal Abidin. A.Md Kep. S.Pd..M. Kes yang senantiasa telah membimbing dan mengarahkan penulis.
6. Bapak R. Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep.selaku Dosen Pembimbing yang telah meluangkan waktu, pikiran, dan perhatian dalam penulisan proposal ini
7. dr. Rosalia Retno Gayatri selaku Kepala Puskesmas Rogotrungan yang telah memberikan izin di wilayah kerja Puskesmas Rogotrungan.
8. Ibu Rizeki Dwi Fibriansari, S.Kep., Ners selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah membimbing selama penulis menjadi mahasiswa;
9. Bapak dan Ibu tercinta yang telah memberikan dorongan dan doanya demi terselesaikannya karya tulis ilmiah ini;

10. Staf Perpustakaan D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang yang telah membantu dan menyediakan literature yang dibutuhkan untuk penyusunan laporan tugas akhir ini
11. Teman- teman angkatan 19 Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang dan sahabat tercintah yang telah memberikan dukungan, doa, dan motivasi serta turut membantu terselesainya laporana tugas akhir ini.
12. Tn. S dan Ny. I beserta keluarga yang telah berkenan menjadi responden dalam penyusunan laporana tugas akhir ini

Dengan terselesainya Laporan Tugas Akhir ini, diharapkan dapat memberikan manfaat. Menyadari bahwa laporan tugas akhir ini masih banyak kelemahan dan kekurangan. Untuk itu, dibutuhkan kritik dan saran yang membangun untuk sempernanya Laporan Tugas Akhir dan diucapkan terimakasih.

Lumajang, 02 Juli 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL TUGAS AKHIR	i
HALAMAN SAMPUL LAPORAN TUGAS AKHIR	ii
PERSETUJUAN PEMBIMBING	iv
PERSEMBAHAN	v
MOTTO	vi
PERNYATAAN	vii
LAPORAN TUGAS AKHIR	viii
PENGESAHAN	ix
RINGKASAN	x
SUMMARY	xii
PRAKATA	xiv
DAFTAR ISI	xvi
DAFTAR TABEL	xix
DAFTAR GAMBAR	xx
DAFTAR LAMPIRAN	xxi
DAFTAR SINGKATAN	xxii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan	4
1.4 Manfaat Penulisan	4
1.4.1 Bagi Penulis	4
1.4.2 Bagi Instansi Pendidikan.....	4
1.4.3 Bagi Keluarga	4
1.4.4 Bagi Perawat	4
1.4.5 Bagi Institusi Pendidikan	4
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Konsep Tuberkulosis Paru	5
2.1.1 Pengertian TB Paru	5

2.1.2 Etiologi.....	5
2.1.3 Patofisiologi	6
2.1.4 Gejala Klinis	7
2.1.5 Klasifikasi TB Paru	8
2.1.6 Pemeriksaan penunjang.....	9
2.1.7 Komplikasi	10
2.1.8 Penatalaksana	11
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Pada TB Paru	18
2.2.1 Pengkajian	18
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	37
2.2.3 Intervensi Keperawatan.....	41
2.2.4 Implementasi Keperawatan.....	43
2.2.5 Evaluasi Keperawatan.....	44
BAB 3. METODOLOGI PENULISAN.....	45
3.1 Desain Penelitian	45
3.2 Batasan Istilah	45
3.3 Partisipan	46
3.4 Lokasi Dan Waktu	46
3.4.1 Lokasi.....	46
3.4.2 Waktu	46
3.5 Pengumpulan Data	46
3.6 Uji Keabsahan Data	47
3.7 Analisa Data.....	48
3.8 Etika Penulisan.....	48
BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN.....	50
4.1 Gambaran Lokasi.....	50
4.2 Hasil Dan Pembahasan	50
4.2.1 pengkajian keperawatan	50
4.2.2 Diagnosa Keperawatan	77
4.2.3 Intervensi Asuhan Keperawatan Keluarga.....	82
4.2.4 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan	87

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN	94
5.1 Kesimpulan	94
5.1.1 Pengkajian	94
5.1.2 Diagnosa Keperawatan	94
5.1.3 Intervensi Keperawatan.....	95
5.1.4 Implementasi	95
5.1.5 Evaluasi Keperawatan.....	95
5.2 Saran.....	96
5.2.1 Bagi pasien dan keluarga	96
5.2.2 Bagi Puskesmas.....	96
5.2.3 Bagi Penulis Selanjutnya	96
5.2.4 Bagi Perawat	96
5.2.5 Bagi Institusi Pendidikan	96
DAFTAR PUSTAKA	97

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Dosis Obat Berdasarkan Berat Badan	18
Tabel 2. 2 Skoring Keperawatan Keluarga	39
Tabel 2. 3 Intervensi Keperawatan.....	42
Tabel 2. 4 SOP Tindakan Batuk Efektif	43
Tabel 3. 1 Waktu Kunjungan Ke Keluarga Binaan.....	46
Tabel 4. 1 Identitas Kepala Keluarga	50
Tabel 4. 2 Anggota Keluarga	51
Tabel 4. 3 Tipe keluarga.....	53
Tabel 4.4 Suku Bangsa.....	53
Tabel 4.5 Agama Dan Kepercayaan Yang Mempengaruhi Kesehatan.....	54
Tabel 4.6 Status Sosial Ekonomi Keluarga.....	54
Tabel 4.7 Aktivitas Keluarga	55
Tabel 4.8 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga	55
Tabel 4. 9 Riwayat Kesehatan Anggota Keluarga Lain	57
Tabel 4.10 Karakteristik Rumah	58
Tabel 4.11 Karakteristik Tetangga Dan Komunitas RW	61
Tabel 4.12 Mobilitas Geografi Keluarga	62
Tabel 4.13 Perkumpulan Keluarga Dan Interaksi Dengan Masyarakat.....	62
Tabel 4. 14 Sistem pendukung Keluarga	63
Tabel 4. 15 Struktur Keluarga	63
Tabel 4.16 Fungsi Keluarga	64
Tabel 4.17 Stres dan Koping Keluarga	66
Tabel 4.18 Keadaan Gizi Keluarga	67
Tabel 4.19 Pemeriksaan Status Kesehatan.....	69
Tabel 4.20 Pemeriksaan Fisik	71
Tabel 4. 21 Pemeriksaan Fisik Anggota Keluarga Lain	72
Tabel 4. 22 Harapan Keluarga	73
Tabel 4. 23 Analisa Data.....	74
Tabel 4. 24 Batasan Karakteristik	75
Tabel 4. 25 Analisa Data Lain Yang Muncul	75
Tabel 4. 26 Scoring Dianosa 1 Klien 1	77
Tabel 4. 27 Scoring Diagnose 2 Klien 1	78
Tabel 4. 28 Scoring Diagnose 3 Klien 1	78
Tabel 4. 29 Scoring Diagnose 4 Klien 1	79
Tabel 4. 30 Scoring Diagnose 1 Klien 2	79
Tabel 4. 31 Scoring Diagnose 2 Klien 2	80
Tabel 4. 32 scoring diagnose 3 klien 2.....	80
Tabel 4.33 Penentuan Prioritas Keperawat	81
Tabel 4. 34 Intervensi Keperawatan Keluarga.....	82
Tabel 4. 35 Catatan Tindakan Keperawatan dan Evaluasi Formatif Klien	87

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4. 1 Genogram Keluarga Klien 1 Dan Klien 2.....	52
Gambar 4. 2 Gambar Denah Rumah Klien 1 dan Klien 2	60

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 3. 1Jadwal Penyelenggaraan Karya Tukis Ilmiah	104
Lampiran 3. 2 Surat Izin Penelitian.....	107
Lampiran 3. 3 Surat Izin Penyusunan Tugas Akhir.....	108
Lampiran 3. 4 Informed Consent klien 1	109
Lampiran 3. 5 Informed Consent klien 2.....	109
Lampiran 3. 6 Panduan Pengkajian.....	111
Lampiran 4. 1 Satuan Acara Penyuluhan	114
Lampiran 4. 2 Absensi Utek.....	123

DAFTAR SINGKATAN

BCG	:	Bacillus Calmette Guerin
BTA	:	Bakteri Tahan Asam
CDR	:	Crude Death Rate
CNR	:	Case Notification Rete
DOTS	:	Directly Observed Treatment Shortcourse
E	:	Etambutol
GCS	:	Glasgow Come Scale
H	:	Isoniazid
ICS	:	Intercosta Space
LED	:	Laju Endap Darah
MDR	:	Multi Drug Resistant
MOTT	:	Mycobacteria Other Than Tuberculosis
OAT	:	Obat Anti Tuberkulosis
PMO	:	Pengawas Menelan Obat
R	:	Rifampisin
S	:	Streptomisin
SPM	:	Standat Pelayanan Minimum
SPOT	:	Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis
SPS	:	Sewaktu Pagi Sewaktu
TKTP	:	Tinggi Kalori Tinggi Protein
UMR	:	Upah Minimum Regional
WHO	:	World Health Organization
Z	:	Pirazinamid

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit Tuberculosis Paru (TBC) merupakan penyakit yang masih menjadi masalah utama kesehatan masyarakat terutama di negara berkembang. Dengan masuknya kuman Tuberculosis Paru maka akan menginfeksi saluran nafas bawah dan dapat menimbulkan terjadinya batuk produktif dan darah (Pribadi, 2018). Diperkirakan 95% kasus TB dan 98% kematian akibat TB di dunia. Sedangkan 75% kasus kematian dan kesakitan di masyarakat diderita oleh orang – orang pada umur produktif dari usia 15 – 54 tahun (Lanus, Suyani, & dkk, 2014). Penyakit ini bila tidak diobati atau pengobatannya tidak tuntas dapat menimbulkan komplikasi berbahaya hingga menyebabkan kematian. Komplikasi tuberkulosis seperti halnya emfisema, efusi pleura pada komplikasi dini dan Sindrom Obstruksi Pasca Tuberkulosis (SPOT), sindrom gagal nafas dewasa pada komplikasi lanjut (Pratikanya, 2017).

Secara global pada tahun 2017, diperkirakan ada 10,0 juta kasus insiden TB (kisaran, 9,0-11,1 juta), setara dengan 133 kasus (kisaran, 120-148) per 100.000 penduduk. Di Indonesia total kejadian TB diperkirakan 319 kasus per 100.000 penduduk, perkiran tidak tentu 291–348 kasus per 100.000 penduduk ((WHO), 2018) Provinsi Jawa Timur pada tahun 2017 menempati urutan kedua di Indonesia dalam jumlah penemuan penderita tuberkulosis. Jumlah penemuan kasus baru BTA + sebanyak 26.152 kasus (CNR = 67/100.000 penduduk) dan jumlah penemuan semua kasus TB sebanyak 54.811 kasus (CNR = 139/100.000 penduduk atau CDR = 46%), target CNR semua kasus yang ditetapkan oleh Kemenkes RI tahun 2017 sebesar 185/100.000 penduduk dan CDR = 51% (Timur, 2018) Di Lumajang capaian penemuan dan penanganan pasien baru TB BTA (+) berdasarkan Indikator kinerja SPM (Standar Pelayanan Minimal) tahun 2016 sebesar 68,99% (743 kasus) dari target/sasaran setahun 1.077 orang. Capaian ini berada dibawah target Renstra Dinas Kesehatan Kabupaten Lumajang tahun 2016 sebesar 70%. Pada tahun 2014 Puskesmas Rogotrunan dengan jumlah seluruh kasus TB sejumlah 100 kasus per 100.000 penduduk menurut jenis kelamin, Kecamatan, dan Puskesmas. Tahun 2016

sejumlah 111 kasus per 100.000 penduduk menurut jenis kelamin, Kecamatan, dan Puskesmas.(DINKES, 2016). Data yang di peroleh studi kasus di Puskesmas Rogotrunan pada tahun 2017 semua kasus TB sebanyak 116 kasus per 100.000 penduduk, tahun 2018 semua kasus TB 118 kasus per 100.000 penduduk.

Penyebab penularan tuberkulosis paru terjadi karena kuman dibatukkan atau dibersinkan keluar menjadi *droplet nuclei* dalam udara sekitar kita. Partikel infeksi ini dapat menetap dalam udara bebas selama 1-2 jam, tergantung pada ada tidaknya sinar ultraviolet, ventilasi yang buruk dan kelembapan. Pada suasana gelap dan lembab kuman akan bertahan berhari-hari sampai berbulan-bulan. Bila partikel infeksi ini sampai dihirup oleh orang sehat, ia akan menempel pada saluran napas atau jaringan paru partikel akan masuk ke alveolar bila ukuran partikel <5 mikrometer (Bahar &Amin, 2007). Dengan masuknya kuman Tuberculosis Paru maka akan menginfeksi saluran nafas bawah dan dapat menimbulkan terjadinya batuk produktif dan darah. Disini akan menurunkan fungsi kerja silia dan mengakibatkan penumpukan sekret pada saluran pernafasan sehingga menimbulkan diagnosa keperawatan bersihan jalan napas (Pribadi, 2018).

Oleh karena itu, untuk mencegah terjadinya komplikasi tersebut, maka pasien TB Paru dengan masalah ketidakefektifan bersihan jalan napas harus segera diberikan penanganan. Intervensi keperawatan yang biasa diberikan untuk pasien TB paru Salah satunya meningkatkan kebersihan jalan napas yaitu dengan teknik batuk efektif. Batuk efektif adalah aktivitas perawat untuk mengajarkan kepada pasien untuk, meningkatkan mobilisasi sekresi dan mencegah risiko tinggi retensi sekresi. Pemberian posisi *semi fowler* pada pasien TB paru telah dilakukan sebagai salah satu cara untuk membantu mengurangi sesak napas(Majampoh, Boki, & dkk, 2013). Tindakan lain yang dapat membantu pengeluaran sputum adalah fisioterapi dada. Fisioterapi dada dapat dilakukan untuk pembersihan jalan napas dari sekresi. Fisioterapi dada termasuk di dalamnya drainase postural, perkusi dan vibrasi dada. Batuk efektif dan fisioterapi dada baik dilakukan sebelum makan, karena untuk menghindari muntah, bisa dilakukan pagi hari setelah bangun tidur, atau dapat dilakukan sebelum makan siang apabila sputum masih sangat banyak, sehingga dapat keluar maksimal (Kasanah, Kristiyawanti, & dkk, 2015).Tindakan lain

Pemberian terapi Vitamin A dan Vitamin D diteliti berfungsi sebagai imunomodulator yang terlibat dalam aktivasi makrofag melawan patogen. Penelitian sebelumnya menyatakan vitamin D mampu meningkatkan respon inflamasi penderita TB sehingga terjadi perbaikan klinis yang cukup signifikan (Sugiarti, Ramadhian, & dkk, 2018). Penatalaksanaan diet makanan yaitu Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP). Asupan energi diperoleh dari konsumsi makanan seseorang sehari-hari untuk menutupi pengeluaran energi, baik orang sakit maupun orang sehat, konsumsi pangan harus mengandung energi yang cukup sesuai dengan kebutuhannya. Kebutuhan energi mengalami penurunan 5% setiap 10 tahun (Lauzilfa, Wirjatmadi, & dkk, 2016). Serta dukungan utama keluarga dapat mengembangkan respon coping yang efektif untuk beradaptasi dengan baik dalam menangani stresor yang dihadapi terkait penyakitnya baik fisik, psikologis maupun sosial. Pengawas Menelan Obat (PMO) untuk pasien TB paru terbanyak adalah keluarga (Suami, istri, orangtua, anak, menantu) yaitu sebanyak 93%, sebanyak 4,7% petugas kesehatan. Secara fungsional dukungan mencakup emosional berupa adanya ungkapan perasaan, memberi nasihat atau informasi, dan pemberian bantuan material. Dukungan juga terdiri atas pemberian informasi secara verbal atau non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran keluarga mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima (Hasanah, Makhfudli, & dkk, 2018).

Dari uraian diatas maka peneliti beniat untuk meneliti menggunakan Asuhan Keperawatan Keluarga pada pasien TB paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di wilayah kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang Tahun 2019.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Keluarga TB Paru Pada Tn. S dan Ny. I Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang Tahun 2019 ?

1.3 Tujuan Penulisan

”Mengeksplorasi Asuhan Keperawatan Keluarga TB Paru Pada Tn. S dan Ny. I Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotruman Lumajang Tahun 2019“

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Bagi Penulis

Asuhan Keperawatan Keluarga dapat memberikan pengetahuan dan pengalaman yang lebih mendalam dan upaya dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga Pada pasien dengan TB Paru.

1.4.2 Bagi Instansi Pendidikan

Asuhan keperawatan keluarga dapat menjadi bahan pertimbangan dalam proses pembelajaran dan perkembangan ilmu keperawatan khususnya keluarga pada pasien TB Paru.

1.4.3 Bagi Keluarga

Menambah wawasan atau pengetahuan bagi keluarga tentang penyakit TB Paru.

1.4.4 Bagi Perawat

Diharapkan perawat dapat mengkolabaorasi intervensinya dengan adanya intervensi baru yang diaplikasikan kepada keluarga yang menderita TB Paru

1.4.5 Bagi Institusi Pendidikan

Laporan tugas akhir ini diharapkan dapat menambah informasi dan referensi tentang pelaksanaan Asuhan keperawatan keluarga pada anggota keluarga yang mendeita TB Paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

Bab tinjauan pustaka ini menguraikan tentang landasan teori yang meliputi konsep dasar TB Paru, konsep dasar keluarga dan konsep asuhan keperawatan keluarga pada pasien TB Paru.

2.1 Konsep Tuberkulosis Paru

2.1.1 Pengertian TB Paru

Tuberculosis adalah suatu penyakit infeksi menular yang dapat menyerang berbagai organ, terutama perenkim paru-paru yang disebabkan oleh kuman yaitu *Mycobacterium tuberculosis* dengan gejala yang bervariasi. (Majampoh, Boki, & dkk, 2013). Tuberculosis Paru (TB) merupakan contoh lain infeksi saluran nafas bawah. Penyakit ini disebabkan oleh mikroorganisme *Mycobacterium tuberculosis* yang biasanya ditularkan melalui inhalasi percikan ludah (droplet) dari suatu individu ke individu lainnya.

Tuberkulosis sebagai infeksi bakteri kronik yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* dan ditandai oleh pembentukan granuloma pada jaringan yang terinfeksi dan oleh hipersensitivitas yang diperantarai-sel (*cell mediated hypersensitivity*). Penyakit Tuberkulosis ini biasanya terletak di paru, tetapi dapat mengenai organ lain (Isselbacher, 2015).

2.1.2 Etiologi

Tuberculosis adalah suatu penyakit menular yang disebabkan oleh kuman dari kelompok *Mycobacterium* yaitu *Mycobacterium tuberculosis*. Terdapat beberapa spesies *Mycobacterium* antara lain : *M tuberculosis*, *M africanum*, *M. bovis*, *M. leprea* dsb. Yang juga dikenal sebagai Bakteri Tahan Asam (BTA).

Kelompok bakteri

Mycobacterium tuberculosis yang bias menimbulkan gangguan pada saluran napas dikenal sebagai MOTT (*Mycobacterium Other Than Tuberculosis*) yang terkadang bisa mengganggu penegakan diagnosis yang pengobatan TB. Untuk itu pemeriksann bakteriologis yang mampu melakukan identifikasi terhadap *Mycobacterium*

tuberculosis menjadi sarana diagnosis ideal untuk TB. Secara umum sifat kuman TB. (Subuh & Prihutomo, 2014). Merupakan jenis kuman berbentuk batang berukuran panjang 1-4 mm dengan tebal 0,3-0,6 mm. Sebagian besar komponen *M.tuberculosis* adalah berupa lemak/ lipid sehingga kuman mampu tahan terhadap asam serta sangat tahan terhadap zat kimia dan faktor fisik. Mikroorganisme ini adalah bersifat aerob yakni menyukai daerah apeks paru-paru yang kandungan oksigennya tinggi. Daerah tersebut menjadi tempat yang kondusif untuk penyakit tuberculosis. Basil TB sangat rentang terhadap sinar matahari sehingga dalam beberapa menit saja akan mati. Ternyata kerentanan ini terutama terhadap gelombang cahaya ultra-violet. Basil TB juga rentang terhadap panas-basah, sehingga dalam 2 menit saja basil TB yang berada dalam lingkungan basah sudah akan mati bila terkena air bersuhu 100°C. Basil TB juga akan terbunuh dalam beberapa menit bila terkena alkohol 70%, atau lisol 5% (Imam, 2008).

2.1.3 Patofisiologi

Individu terinfeksi melalui droplet nuclei dari pasien TB paru ketika pasien batuk, bersin, tertawa. Droplet nuclei ini mengandung basil TB dan ukurannya kurang dari 5 mikron dan akan melayang-layang di udara. Droplet nuclei ini mengandung basil TB. Saat Mikobakterium tuberkulosa berhasil menginfeksi paru-paru, maka dengan segera akan tumbuh koloni bakteri yang berbentuk globular. Biasanya melalui serangkaian reaksi imunologis bakteri TB paru ini akan berusaha dihambat melalui pembentukan dinding di sekeliling bakteri itu oleh sel-sel paru. Mekanisme pembentukan dinding itu membuat jaringan di sekitarnya menjadi jaringan parut dan bakteri TB paru akan menjadi dormant (istirahat). Bentuk-bentuk dormant inilah yang sebenarnya terlihat sebagai tuberkel pada pemeriksaan foto rontgen. Sistem imun tubuh berespon dengan melakukan reaksi inflamasi. Fagosit (neutrofil dan makrofag) menelan banyak bakteri; limpospesifik-tuberculosis melisis (menghancurkan) basil dan jaringan normal. Reaksi jaringan ini mengakibatkan penumpukan eksudat dalam alveoli, menyebabkan bronkopneumonia dan infeksi awal terjadi dalam 2-10 minggu setelah pemajanan. Massa jaringan paru yang disebut granulomas merupakan

gumpalan basil yang masih hidup. Granulomas diubah menjadi massa jaringan jaringan fibrosa, bagian sentral dari massa fibrosa ini disebut tuberkel ghon dan menjadi nekrotik membentuk massa seperti keju. Massa ini dapat mengalami klasifikasi, membentuk skar kolagenosa. Bakteri menjadi dorman, tanpa perkembangan penyakit aktif. Setelah pemajanan dan infeksi awal, individu dapat mengalami penyakit aktif karena gangguan atau respon yang inadkuat dari respon sistem imun. Penyakit dapat juga aktif dengan infeksi ulang dan aktivasi bakteri dorman. Dalam kasus ini, tuberkel ghon memecah melepaskan bahan seperti keju dalam bronki. Bakteri kemudian menjadi tersebar di udara, mengakibatkan penyebaran penyakit lebih jauh. Tuberkel yang menyerah menyembuh membentuk jaringan parut. Paru yang terinfeksi menjadi lebih membengkak, menyebabkan terjadinya bronkopneumonia lebih lanjut (Darliana, 2011).

2.1.4 Gejala Klinis

Keluhan yang dirasakan pasien tuberkulosis dapat bermacam- macam atau malah banyak pasien TB paru tanpa keluhan sama sekali dalam pemeriksaan kesehatan. Keluhan yang terbanyak adalah :

a. Demam

Biasanya subfebris menyerupai demam influenza. Tetapi kadang-kadang panas dapat mencapai 40-41°C. Serangan demam pertama dapat sembuh sebentar, tetapi kemudian dapat timbul kembali. Begitulah seterusnya hilang timbulnya demam influenza ini, sehingga pasien merasa tidak pernah terbebas dari serangan demam influenza. Keadaan ini dapat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh pasien dan berat ringannya infeksi kuman tuberkulosis yang masuk.

b. Batuk / batuk darah

Gejala ini banyak ditemukan, batuk terjadi karena adanya iritasi bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar. Karena terlibatnya bronkus pada setiap penyakit tidak sama, mungkin saja batuk baru dan setelah penyakit berkembang dalam jaringan paru yakni setelah berminggu-minggu atau berbulan-bulan peradangan bermula. Sifat batuk

dimulai dari batuk kering (non-produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum). Keadaan yang lanjut adalah berupa batuk darah karena terdapat pembuluh darah yang pecah. Kebanyakan batuk darah pada tuberkulosis terjadi pada kavitas, tetapi terdapat juga terjadi pada ulkus dinding bronkus.

c. Sesak napas

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

d. Nyeri dada

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

e. Malaise

Penyakit tuberkulosis bersifat radang yang menahun. Gejala malaise sering ditemukan berupa anoreksia tidak nafsu makan, berat badan menurun, sakit kepala, meriang, nyeri otot, keringat malam dll. Gejala malaise ini makin lama semakin berat dan terjadi hilang timbul secara tidak teratur (Bahar & Amin, 2007).

2.1.5 Klasifikasi TB Paru

a. Tuberkulosis paru

Tuberculosis Paru adalah kuman mikrobakterium tuberkuloso yang menyerang jaringan paru-paru. Tuberculosis paru dibedakan menjadi dua macam yaitu:

- 1) Tuberculosis paru BTA positif (sangat menular).
 - a) Sekurang-kurangnya 2 dari 3 pemeriksaan dahak, memberikan hasil yang positif.
 - b) Satu pemeriksaan dahak memberikan hasil yang positif dan foto rontgen dada menunjukkan Tuberculosis aktif.

2) Tuberculosis Paru BTA negative

Pemeriksaan dahak positif negative/ foto rontgen dada menunjukkan Tuberculosis aktif. Positif negative yang dimaksudkan disini adalah “hasilnya meragukan”, jumlah kuman yang ditemukan pada waktu pemeriksaan belum memenuhi syarat positif.

b. Tuberculosis ekstra paru

Tuberculosis ekstara paru adalah kuman mikrobakterium tuberkulosa yang menyerang organ tubuh lain selain paru-paru, misal selaput paru, selaput otak, selaput jantung, kelenjar getah bening, tulang, persendian kulit, usus, ginjal, saluran kencing dan lain-lain (Laban, 2008)

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

Menurut (Padila, Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam, 2013) pemeriksaan yang menunjang untuk mengetahui seseorang dikatakan positif penderita TB paru yaitu:

a. Darah

- 1) Leukosit sedikit meningkat
- 2) LED meningkat

b. Sputum : BTA

Pada BTA (+) ditemukan sekurang-kurangnya 3 batang kuman pada satu sedian dengan kata lain 5.000 kuman dalam 1 ml sputum. Untuk mengetahui secara pasti seseorang penderita penyakit TBC, maka dilakukan pemeriksaan dahak/sputumnya. Pemeriksaan dahak dilakukan sebanyak 3 kali dalam 2 hari yang dikenal dengan istilah SPS (sewaktu, pagi, sewaktu).

1) Sewaktu (Hari pertama)

Dahak penderita diperiksa di laboratorium sewaktu penderita datang pertama kali

2) Pagi (Hari kedua)

Sehabis bangun tidur keesokan harinya, dahak penderita ditampung dalam wadah/ pot kecil yang diberikan oleh petugas laboratorium, ditutup rapat, dan dibawa ke laboratorium untuk diperiksa.

3) Sewaktu (Hari kedua)

Dahak penderita dikeluarkan lagi di laboratorium (penderita datang ke laboratorium) untuk diperiksa. Jika hasil positif, maka orang tersebut dapat dipastikan menderita TB paru.

c. Tes tuberculin : Mantoux Tes

d. Rontgen : Foto PA

Pada sebagian besar TB paru, diagnosis terutama ditegakkan dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis dan tidak memerlukan foto toraks. Namun pada kondisi tertentu pemeriksaan foto toraks perlu dilakukan sesuai dengan indikasi sebagai berikut :

- 1) Hanya 1 dari 3 spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif. Pada kasus ini pemeriksaan foto toraks dada diperlukan untuk mendukung diagnosis TB paru BTA positif.
- 2) Ketiga spesimen dahak hasilnya tetap negatif setelah 3 spesimen dahak SPS pada pemeriksaan sebelumnya hasilnya BTA negatif dan tidak ada perbaikan setelah pemberian antibiotika non OAT(non fluoroquinolon).
- 3) Pasien tersebut diduga mengalami komplikasi sesak nafas berat yang memerlukan penanganan khusus (seperti: pneumotorak, pleuritis eksudativa, efusi perikarditis atau efusi pleural) dan pasien yang mengalami hemoptisis berat (untuk menyingkirkan bronkiektasis atau aspergiloma) (Werdhani, 2002)

2.1.7 Komplikasi

Komplikasi berikut sering terjadi pada penderita stadium lanjut:

- a. Hemoptisis berat (perdarahan dari saluran nafas bawah) yang dapat mengakibatkan kematian karena syok hipovolemik atau tersumbatnya jalan nafas.

- b. Kolaps dari lobus akibat retraksi bronchial.
- c. Bronkiektasis (pelebaran bronkus setempat) dan fibrosis (pembentukan jaringan ikat pada proses pemulihan atau reaktif) pada paru.
- d. Pneumotorak (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.
- f. Insufisiensi kardiopulmoner (*Cardio pulmonary insufficiency*).

Penderita yang mengalami komplikasi berat perlu dirawat inap di rumah sakit (Abd. Wahit & Suprpto, 2013).

2.1.8 Penatalaksana

Penatalaksanaan pasien dengan Tuberkulosis paru dibagi menjadi 2 yaitu farmakologis dan non farmakologis, sebagai berikut:

a. Penatalaksana non farmakologis

- 1) Penerapan batuk efektif dan fisioterapi dada pada pasien TB paru yang mengalami ketidakefektifan bersihan jalan nafas mampu meningkatkan pengeluaran sekret. Disarankan untuk menerapkan latihan batuk efektif dan fisioterapi dada bagi pasien TB Paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas sebagai tindakan mandiri keperawatan (Sitorus, Lubis, & dkk, 2018).
- 2) Pemberian posisi *semi fowler* pada pasien TB paru telah dilakukan sebagai salah satu cara untuk membantu mengurangi sesak napas. Posisi yang tepat bagi pasien dengan penyakit kardiopulmonari adalah diberikan posisi *semi fowler* dengan derajat kemiringan 30-45°. Tujuan untuk diketahui pengaruh pemberian posisi *semi fowler* terhadap kestabilan pola napas pada pasien TB paru. (Majampoh, et al., 2013).
- 3) Pemberian terapi Vitamin A dan Vitamin D diteliti berfungsi sebagai imunomodulator yang terlibat dalam aktivasi makrofag melawan patogen. Metabolit aktif akan memodulasi respon pejamu terhadap infeksi mikrobakteria

sehingga terjadi pengeluaran cathelicidin yang berfungsi sebagai antimikroba untuk menginduksi autofagi. Defisiensi vitamin D merupakan salah satu faktor risiko terpapar TB dan berhubungan erat dengan sistem imun yang menurun. Penelitian sebelumnya menyatakan vitamin D mampu meningkatkan respon inflamasi penderita TB sehingga terjadi perbaikan klinis yang cukup signifikan (Sugiarti, Ramadhian, & dkk, 2018). Menurut (Greenhalgh & Butler, 2017) terapi sinar matahari / vitamin D dimulai pada musim panas antara pukul 05.00- 06.00 pagi sampai tengah hari. Klien di perkenankan untuk berjemur selama 15 hari. Pada hari pertama kaki terkena sinar matahari selama 5 menit, pada hari kedua 10 menit dan kaki bagian bawah selama selama 5 menit. Dengan demikian terus berlanjut selama 15 hari secara bertahap. Vitamin D telah terbukti dalam meningkatkan kekebalan orang-orang yang berhubungan dengan TB. Pengobatan TB akan tampak bahwa vitamin D bukan obat tetapi tambahan berharga untuk menghilangkan patogen oleh sistem kekebalan tubuh dan antibiotic.

- 4) Penatalaksanaan diet makanan Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP). Tingkat kecukupan energi responden tuberkulosis mayoritas berada pada kategori kurang, baik tuberkulosis dengan sputum BTA (+) maupun sputum BTA (-). Hal ini disebabkan karena mayoritas responden tuberkulosis tidak menjalankan diet tepat yaitu Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP). Asupan energi diperoleh dari konsumsi makanan seseorang sehari-hari untuk menutupi pengeluaran energi, baik orang sakit maupun orang sehat, konsumsi pangan harus mengandung energi yang cukup sesuai dengan kebutuhannya. Kebutuhan energi mengalami penurunan 5% setiap 10 tahun (Lauzilfa, Wirjatmadi, & dkk, 2016).
- 5) Serta dukungan utama keluarga dapat mengembangkan respon coping yang efektif untuk beradaptasi dengan baik dalam menangani stresor yang dihadapi terkait penyakitnya baik fisik, psikologis maupun sosial. Pengawas Menelan Obat (PMO) untuk pasien TB paru terbanyak adalah keluarga (Suami, istri, orangtua, anak, menantu) yaitu sebanyak 93%, sebanyak 4,7% petugas kesehatan. Secara

fungsional dukungan mencakup emosional berupa adanya ungkapan perasaan, memberi nasihat atau informasi, dan pemberian bantuan material. Dukungan juga terdiri atas pemberian informasi secara verbal atau non verbal, bantuan nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial atau didapat karena kehadiran keluarga mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima (Hasanah, Makhfudli, & dkk, 2018).

b. Penatalaksana farmakologis

1) Tujuan pengobatan Tuberkulosis adalah

- a) Menyembuhkan pasien dan memperbaiki produktivitas serta kualitas hidup.
- b) Mencegah terjadinya kematian oleh karena Tuberkulosis Paru atau dampak buruk selanjutnya
- c) Mencegah terjadinya kekambuhan Tuberkulosis Paru.
- d) Menurunkan penularan Tuberkulosis Paru
- e) Mencegah terjadinya dan penularan Tuberkulosis Paru resistant

2) Prinsip pengobatan Tuberkulosis Paru

Obat Anti Tuberculosis (OAT) adalah komponen penting dalam pengobatan TB. Pengobatan TB Paru adalah merupakan salah satu upaya penting efisien untuk mencegah penyebaran lebih lanjut dari kuman *Micobacterium Tuberculosis*. Pengobatan yang adekuat harus memahami prinsip (Kesehatan R., 2014) :

- 1) Pengobatan diberikan dalam bentuk panduan OAT yang tepat mengandung minimal 4 macam obat untuk mencegah terjadinya resistensi
- 2) Diberikan dalam dosis yang tepat
- 3) Ditelan secara teratur dan diawasi seraca langsung oleh POM (Pengawas Menelan Obat) sampai selesai pengobatan
- 4) Pengobatan diberikan dalam jangka waktu yang cukup lama terbagi dalam tahap awal serta tahap lanjut untuk mencegah kekambuhan.

c. Pengobatan tuberculosis

terbagi menjadi 2 fase: fase intensif (2-3 bulan) dan fase lanjutan 4 atau 7 bulan.

Jenis obat anti tuberculosis

1) jenis obat utama yang digunakan adalah :

- a. Rifampisin
- b. INH
- c. Pirazinamid
- d. Steptomisin
- e. Etambutol

2) Kombinasi dosis tetap

Kombinasi dosis tetap ini terdiri dari 4 obat antituberkulosis yaitu rifampisin, INH, pirazinamid dan etambutol dan 3 obat antituberkulosis, yaitu rifampisin, INH dan pirazinamid.

3) Jenis obat tambahan lainnya

- a. Kanamisin
- b. Kuinolon
- c. Obat lain masih dalam penelitian : makrolid, amaksimil, asam klavulanat
- d. Deviyat rifampisin dan INH

d. Dosis OAT

a. Rifampisin 10 mg/kg BB, maksimal 600 mg 2-3 x / minggu atau

BB > 60 kg : 600 mg

BB 40-60 kg : 450 mg

BB < 40 kg : 300 mg

Dosis intermiten 600 mg/ kali

b. INH 5 mg/kg BB, maksimal 300 mg

10 mg/kg BB 3 x seminggu,

15 mg/kg BB 2 x seminggu

300 mg/hari untuk dewasa.

Intermiten : 600 mg / kali

c. Pirazinamid : fase intensif 25 mg/kg BB, 35 mg/kg BB 3 x seminggu, 50 mg/kg

BB 2 x seminggu atau :

BB > 60 Kg : 1500 mg

BB 40-60 kg : 1000 mg

BB < 40 kg : 750 mg

- d. Etambutol : fase intensif 20 mg/kg BB, fase lanjutkan 15 mg/kgBB, 30 mg/kg BB 3 x seminggu, 45 mg/kg BB 2 x seminggu atau:

BB > 60 kg : 1500 mg

BB 40-60 kg : 1000 mg

BB < 40 kg : 750 mg

Dosis intermiten 40 mg/kg BB /kali

- e. Streptomisin : 15 mg/kg BB/kali

BB > 60 kg : 1000 mg

BB 40-60 kg : 750 mg

BB < 40 kg : sesuai BB

- f. Kombinasi dosis tetap

e. Efek samping OAT

1) Insoniazid (INH)

- a) Efek samping ringan: tanda-tanda keracunan pada syarat tepi, kesemutan, rasa terbakar di kaki dan nyeri otot. Efek ini dapat dikurangi dengan pemberian piridoksin dengan dosis 100 mg perhari atau dengan vitamin B kompleks. Pada keadaan tersebut pengobatan dapat diteruskan. Kelainan lain ialah menyerupai defisiensi piridoksin (syndrom pellagra)

- b) Efek samping berat: hepatitis. Hentikan OAT dan pengobatan sesuai dengan pedoman TB pada keadaan khusus.

2) Rimfapisin

- b) Efek samping ringan yang dapat terjadi dan hanya memerlukan pengobatan simtomatik ialah :

- (1) Sendrom flu berupa demam, menggigil dan nyeri tulang
- (2) Sindrom perut
- (3) Sindrom kulit seperti gatal-gatal kemerahan

c) Efek samping yang berat namun jarang :

- (1) Hepatitis
- (2) Purpura, anemia hemolitik yang akut, syok dan gatal ginjal
- (3) Sindrom respirasi yang ditandai dengan sesak napas.

Rifampisin dapat menyebabkan warna merah pada air seni, keringat. Air mata, air liur karena proses metabolisme obat.

3) Pirazinamid

Efek samping utama: hepatitis, Nyeri sendi juga dapat terjadi (beri aspirin) dan kadang-kadang dapat menyebabkan serangan arthritis Gout, hal ini kemungkinan disebabkan berkurangnya ekskresi dan penimbunan asam urat. Kadang-kadang terjadi reaksi demam, mual, kemerahan dan reaksi kulit yang lain.

4) Etambutol

Gangguan penglihatan berupa berkurangnya ketajaman, buta warna untuk warna merah dan hijau. Gangguan penglihatan akan kembali normal dalam beberapa minggu setelah obat dihentikan. Sebaiknya etambutol tidak diberikan pada anak karena risiko kerusakan okuler sulit untuk dideteksi.

5) Streptomisin

Efek samping utama: kerusakan syaraf kedelapan yang berkaitan dengan keseimbangan dan pendengaran. Gejala efeknya samping yang terlibat ialah telinga mendenging (tinitus), pusing dan kehilangan keseimbangan.

Reaksi hipersensitiviti kadang terjadi berupa demam yang timbul tiba-tiba disertai sakit kepala, muntah dan eritema pada kulit. Efek samping sementara dan ringan (jarang terjadi) seperti kesemutan sekitar mulut dan telinga yang mendenging dapat terjadi segera setelah suntikan.

Streptomisin dapat menembus barrier plasenta sehingga tidak boleh diberikan pada wanita hamil sebab dapat merusak syaraf pendengaran janin.

f. Panduan obat anti tuberculosis

- 1) Kategori I (**2 HRZE/4H3R3** atau **2 HRZE/4HR** atau **2 HRZE/6HE**)
 - a) Penderita baru TBC dan BTA (+)

- b) Penderita TBC Paru BTA (-) Rontgen (+) yang “sakit berat” dan
- c) Penderita TBC Ekstra Paru berat
- 2) Kategori II (**2 HRZES/HRZE/5H3R3E3** atau **2 HRZES/HRZE/5HRE**)
 - a) Penderita kambuh (relaps)
 - b) Penderita gagal (failure)
 - c) Penderita dengan pengobatan setelah lalai (after default)
- 3) Kategori III (**2HRZ/4 H3R3** atau **2HRZ/4HR** atau **2HRZ/6HE**)
 - a) Penderita baru BTA (-) dan Rontgen (+) sakit ringan
 - b) Penderita ekstra paru ringan
- 4) Kategori IV (sesuai uji resistensi atau INH seumur hidup)
 - a) Penderita TB paru kasus kronik

KETERANGAN :

R = Rifampisin

Z = Pirazinamid

H = INH

E = Etambutol

S = Streptomisin (injeksi)

Pada kasus dengan resistensi kuman, pilihan obat ditentukan sesuai hasil uji resistensi.

g. Dosis obat berdasarkan berat badan

Tabel 2.1 Dosis Obat Berdasarkan Berat Badan

Jenis obat	BB < 30 kg	BB 30 – 50 kg	BB > 50 kg
R	300 mg	450 mg	600 mg
H	300 mg	300 mg	400 mg
Z	750 mg	1000 mg	1500 mg
S	500 mg	750 mg	750
E	500 mg	750 mg	1000

h. Pengobatan suportif / simtomatif

- 1) Makan-makanan yang bergizi, bila dianggap perlu dapat diberikan vitamin tambahan (tidak ada larangan makanan untuk penderita tuberkulosis)
- 2) Bila demam → obat penurunan panas/demam
- 3) Bila perlu obat untuk mengatasi gejala batuk, sesak napas atau keluhan lain (Muttaqien F. , 2010)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga Pada TB Paru

2.2.1 Pengkajian

Dalam pengkajian keluarga menurut Friedman (2010), terdiri dari :

a. Identitas Pasien

1) Umur

Karakteristik responden menurut usia terdiri dari usia antara 17-25 tahun, usia antara 26-35 tahun, usia antara 36-45 tahun, usia antara 46-55 tahun dan usia antara 56-65 tahun. Responden terbanyak (31%) adalah responden yang berusia 46-55 tahun. Sedangkan responden paling sedikit yaitu sebesar 9% adalah responden dengan usia 26-35 tahun. Responden rentang usia 17-25 tahun sebesar 11%, kemudian responden dengan rentang usia 55-65 tahun sebesar 29%, sedangkan responden dengan rentang umur 36-45 tahun sebanyak 29% (Yanti, 2017). Faktor yang memengaruhi kemungkinan seseorang menjadi pasien TB adalah daya tahan tubuh yang rendah, diantaranya malnutrisi (Dary, Puspita, & Mela, 2017).

2) Jenis Kelamin

Menurut *Department of Gender and Women's World Health Organization* (WHO) yang menyebutkan bahwa insiden dan prevalensi tuberkulosis lebih banyak ditemukan pada jenis kelamin laki-laki dewasa dari pada perempuan dewasa. Laki-laki memiliki akses kesehatan yang lebih baik daripada perempuan. Selain itu, pada keluarga miskin, pemenuhan kebutuhan pangan jauh lebih mendesak dari pada kebutuhan akan kesehatan karena mereka memiliki keterbatasan sumber daya. Hal ini disebabkan oleh rendahnya

posisi perempuan dalam pengambilan keputusan dalam keluarga sehingga akses dan kontrol perempuan dalam pengelolaan sumber daya untuk kesehatan sangat terbatas (Rokhmah, 2013).

3) Suku Bangsa

Masyarakat ada yang masih menganggap bahwa TB merupakan penyakit guna-guna, kutukan, dan keturunan. Adanya pandangan negatif/stigma ini menyebabkan penderita malu dan enggan ke pelayanan kesehatan. Beberapa masyarakat juga acuh-tak acuh dengan anggota keluarga ataupun tetangga yang mengalami batuk lebih dari 2 minggu. Keterlibatan masyarakat sangat dibutuhkan dalam menyukseskan strategi end TB. Hal ini terjadi karena Keyakinan efikasi diri seseorang akan mempengaruhi seseorang dalam memilih tindakannya, jumlah usaha yang akan dilakukan, ketahanan dalam menghadapi suatu masalah, pola pikir, tingkat stres dan tingkat pencapaian akan suatu hal (Sulistyono, Sukartini, & dkk, 2017).

4) Agama dan Kepercayaan yang Mempengaruhi Kesehatan

Di dalam islam penyakit TB dapat juga dikategorikan sebagai kemungkarannya karena sifatnya merusak dan berpotensi merugikan manusia lahir dan batin. Karena itu harus diberantas maka dari itu, ketika dunia dikejutkan dengan merebaknya penyakit TB, umat Islam berkewajiban untuk menanggulangnya (KH. Mifta Faqih, H. Sarmidi Husna, & dkk, 2014).

Sebagian besar masyarakat biasanya cenderung untuk membeli obat warung ketika merasakan adanya gejala batuk, sedangkan sebagian lagi langsung berobat dan mempercayakan kesembuhannya pada tenaga kesehatan. Alasan mereka membeli obat warung karena masih tergolong penyakit ringan, dan memilih ke puskesmas karena gejala batuknya sudah termasuk penyakit berbahaya, menular, dan hanya bisa disembuhkan melalui pengobatan medis dengan melakukan pengobatan/minum obat selama jangka waktu 6 bulan. Sedangkan sebagian kecil lainnya mempercayakan kesembuhannya melalui bantuan tenaga pengobat tradisional, karena mereka beranggapan bahwa

penyakit batuk/TBC tersebut hanya bisa dan cepat disembuhkan melalui pengobatan tradisional karena penyakit tersebut berkaitan dengan kekuatan ghaib. Kondisi seperti ini antara lain dipengaruhi oleh beberapa hal diantaranya karena kebiasaan keluarga yang turun temurun, dan keyakinan mereka kepada pengobat tradisional karena pelayanan yang diberikan oleh tenaga pengobat tradisional lebih bersifat kekeluargaan (Media, 2011).

5) Pendidikan

Dari segi pendidikan, cukup banyak yang mempunyai latar belakang pendidikan Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama dan Sekolah Lanjutan Atas. Dengan kondisi pendidikan yang relatif rendah, maka pengetahuan masyarakat terhadap penyakit TB Paru juga terbatas. Hal ini tampak dari persepsi masyarakat terhadap penyakit TB Paru, dimana sebagian masyarakat masih beranggapan bahwa penyakit TB Paru adalah penyakit keturunan, memalukan dan dianggap tabu oleh masyarakat (Media, 2011).

6) Pekerjaan

Dalam hal ini tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara pekerjaan dengan kejadian TB paru. Namun Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan bahwa pekerjaan sebagai buruh serabutan, buruh harian lepas, dan pengrajin anyaman, yang memiliki pendapatan yang tidak tetap per bulannya sehingga sangat berpengaruh pada makanan/gizi secara langsung serta kesehatan lingkungan perumahan yang tidak memenuhi syarat kesehatan yang berdampak pada kesehatan mereka sendiri. Kepala keluarga yang mempunyai pendapatan dibawah UMR akan mengkonsumsi makanan dengan kadar gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan bagi setiap anggota keluarga sehingga mempunyai status gizi yang kurang dan akan memudahkan untuk terkena penyakit infeksi diantaranya TB paru (Oktavia, Mutahar, & dkk, 2016).

7) Pengetahuan

Hasil penelitian ini menyatakan bahwa pengetahuan tentang TB Paru tidak berhubungan secara signifikan dengan kejadian TB paru. Hanya saja

mayoritas masyarakat belum mengetahui tentang cara pencegahan TB paru dengan imunisasi serta pencegahan dengan pencahayaan sinar matahari hal ini dibuktikan apabila seseorang mengetahui cara pencegahan terhadap suatu penyakit maka mereka akan lebih waspada dan peduli tentang bahayanya penyakit TB tersebut (Oktavia, Mutahar, & dkk, 2016).

8) Kesehatan Keluarga Dalam Status Imunisasi

Tidak ada hubungan yang bermakna secara statistik antara status imunisasi dengan kejadian TB paru. Mereka menganggap bahwa imunisasi dengan BCG nasional baru ada pada tahun 1970 sedangkan responden kebanyakan lahir pada tahun sebelumnya sehingga imunisasi tidak terjangkau oleh mereka selain itu tidak melakukan imunisasi karena disebabkan akses kesehatan pada saat mereka masih kecil susah untuk dijangkau /fasilitas layanan kesehatan sangat jauh karena sebelumnya mereka kebanyakan tinggal di desa sewaktu kecil. Hal ini dipertegas oleh Setiarini tahun 2008 bahwa walaupun imunisasi BCG tidak mencegah infeksi tuberculosis namun dapat menurunkan risiko tuberculosis berat seperti meningitis tuberculosa dan tuberculosis miller (Oktavia, Mutahar, & dkk, 2016). Pemberian vaksin BCG efektif mencegah tuberculosis (TB) milier, TB paru berat dan TB meningitis pada anak- anak, tetapi tidak untuk TB paru pada orang dewasa, terutama di negara-negara berkembang. Vaksin yang diperoleh pada saat bayi ternyata sama sekali tidak memberikan perlindungan terhadap TB pada orang dewasa. Hal ini disebabkan karena efek perlindungan vaksin BCG yang diberikan pada saat bayi berlangsung hingga 10 tahun, tetapi tidak diketahui apakah masih terdapat efek perlindungan setelah kurun waktu tersebut (Rosandali, Aziz, & dkk, 2016).

9) Genogram

Sesuai dengan Depkes RI (2008) yaitu informasi penting yang perlu dipahami PMO untuk disampaikan kepada pasien dan keluarganya adalah TB disebabkan kuman, bukan penyakit keturunan atau kutukan (Nugroho, 2011). Namun kepadatan penghuni merupakan salah satu faktor risiko TB. Dimana

semakin padat rumah maka perpindahan penyakit, khususnya penyakit menular melalui udara akan semakin mudah dan cepat, apabila terdapat anggota keluarga yang menderita TB dengan BTA positif yang secara tidak sengaja batuk. Bakteri mycobacterium Tuberkulosis akan menetap di udara selama kurang lebih 2jam sehingga memiliki kemungkinan untuk menularkan penyakit pada anggota yang belum terpajan bakteri M.Tuberkulosis (Dotulong & Margareth R. Sapulete, 2015).

10) Status Social dan Ekonomi Keluarga.

Dari hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar masyarakat yang mengalami penyakit TB Paru adalah berasal dari golongan ekonomi yang kurang mampu. Dengan kondisi keterbatasan ekonomi, walaupun biaya pengobatan di puskesmas gratis, namun biaya transportasi apalagi pengobatan penyakit TB Paru dilakukan selama lebih kurang 6 (enam) bulan menjadi hambatan dan pertimbangan masyarakat dalam mencari upaya pengobatan. (Media, 2011). Berdasarkan hasil penelitian ini, tidak ada hubungan antara status sosial ekonomi dengan kekambuhan TB paru karena responden kasus dan kontrol lebih banyak pada sosial ekonomi rendah (51,9%) dibandingkan dengan sosial ekonomi tinggi (48,1%). Hal ini mungkin karena kebanyakan responden kasus dan kontrol bekerja sebagai karyawan yang berpengaruh terhadap penghasilan responden (Sianturi R. , 2014).

11) Riwayat Penyakit Keturunan Keluarga

Sesuai konsep yang dikemukakan oleh (Depkes RI, 2008) bahwa seorang dengan BTA positif sangat berisiko untuk menularkan pada orang disekitarnya terutama keluarganya sendiri (Sitorus, Lubis, & dkk, 2018).

12) Pengkajian Karakteristik Rumah

Terdapat hubungan bermakna jenis rumah, pencahayaan alami kamar tidur, adanya sinar matahari langsung dalam rumah, luas ventilasi rumah, luas ventilasi kamar tidur, kelembaban udara kamar tidur, suhu udara kamar tidur, kepadatan hunian kamar tidur, dan jenis lantai rumah dengan kejadian penyakit

TB. Hubungan karakteristik kelembaban udara dengan penyebaran kasus penyakit tuberkulosis paru menunjukkan bahwa sebagian besar di daerah yang kelembaban udara normal penyebaran kasus terbanyak adalah di daerah dataran, rawa, dan pesisir danau (Ayomi & Onny Setiani, 2012). Hal ini dikarenakan *Mycobacterium tuberculosis* adalah aerob obligat dan mendapatkan energi dari oksidasi banyak komponen karbon sederhana (Fahareza & Waluyo, 2012). Jenis lantai rumah yang tidak memenuhi syarat berisiko 17 kali untuk menyebarkan kejadian TB paru dibandingkan dengan lantai yang memenuhi syarat (kedap air). menunjukkan bahwa jenis lantai rumah yang tidak memenuhi syarat berisiko 17 kali untuk menyebarkan kejadian TB paru dibandingkan dengan lantai yang memenuhi syarat (kedap air). Jenis lantai tanah memiliki peran terhadap proses kejadian tuberkulosis paru, melalui kelembaban dalam ruangan. Lantai tanah cenderung menimbulkan kelembaban, pada musim panas lantai menjadi kering sehingga dapat menimbulkan debu yang berbahaya bagi penghuninya (Oktavia, Mutaha, & dkk, 2016).

13) Fungsi Keluarga

Fungsi perawatan kesehatan meliputi 5 fungsi keluarga :

a) Pengetahuan dan persepsi keluarga tentang penyakit

Persepsi masyarakat bahwa penyakit TB paru sebagai penyakit Batuk lama, batuk 40 hari, ada pula yang mempunyai persepsi sebagai batuk kering. Sebagian masyarakat menyatakan sebagai penyakit asma, dan ada pula yang mempunyai persepsi bahwa penyakit TB paru menyebutnya sebagai penyakit TBC. Beberapa masyarakat mengasumsikan bahwa karena panas tinggi dapat mengakibatkan TBC. (Pratiwi, Roosihermiatie, & dkk, 2012).

b) Kemampuan keluarga mengambil keputusan tindakan kesehatan yang tepat

Sebagian informan mengatakan dengan cara merangkul penderita TB segera berobat, kalau sudah sembuh tidak akan menular. Kurangnya kesadaran penderita sewaktu batuk tidak menutup mulut, kemungkinan virus menyebar, penyuluhan pada masyarakat untuk menutup mulut, dan membuang tissue ke

sampah. Sebagian informan menyarankan PMO, dari keluarga terdekat sebagai pendamping minum obat dan mengawasi. Budaya malu pada masyarakat, kader mendatangi masyarakat yang terdekat untuk mengajak keluarga berobat (Pratiwi, Roosiermiatie, & dkk, 2012).

c) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Sebagian informan mengatakan bahwa Masyarakat beranggapan penyakit TB paru bisa diobati, pengobatan penyakit TB harus minum obat secara paket tidak putus selama 6 bulan, penyakit TB paru ini sudah dikenal oleh masyarakat, tetapi pengobatan tergantung kesadaran masyarakat. Sebagian masyarakat minum obat-obatan dingin tradisional, contoh daun rambutan, daun sekakeh yang penting harus yakin dapat sembuh dan rutin minum, cara membuat ramuan: diremas diberi air hangat terus diminum (Pratiwi, Roosiermiatie, & dkk, 2012).

d) Kemampuan keluarga memelihara lingkungan rumah yang sehat

Dengan adanya rumah yang mempunyai ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman bakteri *Mycobacterium tuberculosis* dan perilaku hidup bersih dan sehat dalam membuang ludah sesuai tempat dapat mencegah penularan terjadinya TB paru (Lanus, suyasa, & dkk, 2012).

e) Kemampuan keluarga menggunakan fasilitas kesehatan di masyarakat

Persepsi masyarakat terhadap pelayanan kesehatan seperti puskesmas menurut informan sudah positif. Perilaku petugas, cara pelayanan, obat-obatan yang tersedia dirasakan informan sudah relatif bagus. Namun, ada sedikit hambatan untuk mencapai pelayanan kesehatan, dan jam pelayanan yang terbatas, seperti pada hari/libur puskesmas tutup. Di samping itu, sebagian masyarakat beranggapan bahwa pengobatan yang dilakukan di puskesmas dan rumah sakit dilaksanakan secara berulang-ulang, penyembuhan relatif lebih lama serta obat mengandung zat kimia dengan efek samping jantung berdebar. Adanya persepsi dari masyarakat tersebut juga dianggap turut mempengaruhi

pilihan masyarakat ke pengobatan tradisional gejala lainnya, seperti ekonomi, sosial, religi bahkan kekerabatan. Dengan demikian, sistem kesehatan tidak lain adalah sistem budaya, sehingga akan menjadi sukar melakukan pemahaman suatu sistem medis/kesehatan, tanpa memahami konteks budaya yang melingkarinya (Media, 2011).

14) Fungsi Ekonomi

Untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga seperti makan, pakaian dan rumah, maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Fungsi ini sulit dipenuhi oleh keluarga dibawah garis kemiskinan (Gakin atau pra keluarga sejahtera). Perawat berkontribusi untuk mencari sumber – sumber di masyarakat yang dapat digunakan keluarga meningkatkan status kesehatan mereka.

15) Fungsi Reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan meningkatkan sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana, maka fungsi ini sedikit dapat terkontrol. Namun disisi lain banyak kelahiran yang tidak diharapkan atau diluar perkawinan sehingga lahirnya keluarga baru dengan satu orang tua (*single parent*).

16) Fungsi Afektif

Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan dari keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan fungsi afektif tampak melalui keluarga yang bahagia. Anggota keluarga mengembangkan konsep diri yang positif, rasa dimiliki dan memiliki, rasa berarti serta merupakan sumber kasih sayang (Padila, Keperawatan Keluarga , 2012).

17) Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu, yang, menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial (Fridman, 1986). Sosialisasi dimulai sejak lahir. Keluarga

merupakan tempat individu untuk belajar bersosialisasi. Keberhasilan perkembangan individu dan keluarga dicapai melalui interaksi atau hubungan antar anggota keluarga yang diwujudkan dalam sosialisasi. Anggota keluarga belajar disiplin, belajar norma-norma, budaya dan perilaku melalui hubungan dan interaksi dengan keluarga (Ali, 2010).

18) Nilai dan Norma Dalam Masyarakat

Beberapa masyarakat mengatakan bahwa stigma penyakit TB paru sangat menakutkan, berbahaya, karena mengganggu selera makan semakin hilang, berat badan menurun dan dapat berakibat pada aktivitas fisik menurun, menurunkan produktivitas kerja. Sebagian orang mengatakan bahaya penyakit TB paru dapat mengurangi ekonomi keluarga, angka kematian meningkat (Pratiwi, Roosihermiatie, & dkk, 2012).

19) Aktivitas Rekreasi

Rekreasi keluarga tidak hanya dilihat kapan keluarga pergi bersama-sama untuk mengunjungi tempat rekreasi, tetapi juga penggunaan waktu luang atau senggang keluarga.

20) Tahap Perkembangan Keluarga

Duvall mengemukakan bahwa daur/siklus kehidupan keluarga terdiri dari delapan tahap perkembangan yang mempunyai tugas dan resiko tertentu pada tiap tahap perkembangannya (Ali, 2010).

a) Pasangan baru menikah (keluarga baru)

Dimulai dari pernikahan yang dilanjutkan dengan membentuk rumah tangga.

b) Menjelang kelahiran anak (child bearing family)

Keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan dilanjutkan sampai anak pertama berusia 30 bulan.

c) Keluarga dengan anak prasekolah

Keluarga dengan anak tertua 2,5 tahun sampai dengan 6 tahun. Pada tahap ini mulai mengenal kehidupan sosialnya, sudah mulai bergaul dengan teman sebayanya, tetapi sangat rawan dengan masalah kesehatan. Anak sensitive

terhadap pengaruh lingkungan dan tugas keluarga adalah mulai menanamkan norma – norma kehidupan, norma –norma agama, norma – norma social budaya.

d) Keluarga dengan anak sekolah

Keluarga dengan anak usia sekolah atau anak tertua berusia 7 sampai 12 tahun.

e) Keluarga dengan remaja

Keluarga dengan remaja atau anak tertua berusia 13 tahun sampai 20 tahun.

Tahap ini paling rawan, kerana pada tahap ini akan mencari identitas diri dalam membentuk kepribadiannya, oleh karena itu suri tauladan dari kedua orangtua sangat diperlukan. Komunikasi dan saling pengertian antara kedua orang tua dengan anak perlu dipelihara dan dikembangkan.

f) Keluarga dengan anak dewasa (melepas anak)

Melepas anak ke masyarakat dalam memulai kehidupannyayang sesungguhnya, dalam tahap ini akan memulai kehidupan berumah tangga.

g) Keluarga usia pertengahan/berdua kembali

Setelah anak besar dan mampu kehidupan keluarga sendiri – sendiri, tinggalah suami istri berdua saja. Dalam tahap ini keluarga akan merasa sepi, dan bila tidak dapat menerima kenyataan akan dapat menimbulkan depresi dan stress.

h) Keluarga usia lanjut

Lansia bukan suatu penyakit tapi tahap lanjut dari proses kehidupan yang ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stress fisik/psikologis.

21) Struktur Keluarga

a) Pola komunikasi keluarga

Menjelaskan cara berkomunikasi antara anggota keluarga menggunakan system tertutup atau terbuka, kualitas dan frekuensi komunikasi yang berlangsung serta isi pesan yang disampaikan.

b) Struktur kekuatan keluarga

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal

c) Struktur peran

Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi social yang diberikan. Yang dimaksud dengan posisi atau status adalah posisi individu dalam masyarakat.

d) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan nilai norma yang dianut keluarga dengan kelompok atau komunitas serta bagaimana nilai dan norma tersebut mempengaruhi status kesehatan keluarga.

22) Tipe Keluarga

a) Tipe keluarga tradisional

(1) Keluarga inti

Keluarga yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.

(2) Keluarga besar

Adalah keluarga inti yang ditambah anggota keluarga lain masih mempunyai hubungan darah (kakek, nenek, paman, bibi, saudara sepupu, dll).

(3) Keluarga bentukan kembali

Adalah keluarga baru yang terbentuk dari pasangan yang telah cerai atau kehilangan pasangannya.

(4) Orang tua tunggal

Adalah keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.

(5) The single adult living alone

Adalah orang dewasa yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah.

(6) The unmarried teenage mother

Adalah ibu dan anak yang tanpa perkawinan.

(7) Keluarga usila

Adalah suami yang sebagai pencari uang, istri di rumah atau kedua-duanya bekerja atau tinggal di rumah, anak-anaknya sudah meninggalkan rumah karena sekolah / perkawinan / meniti karir.

b) Tipe keluarga non tradisional

(1) Commune family

Adalah lebih satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah

(2) Orang tua (ayah dan ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah tangga.

(3) Homoseksual

Adalah dua individu yang sejenis hidup bersama dalam satu rumah tangga (Sulvari Gusti APD, 2013).

23) Stress dan Koping Keluarga

a) Stressor keluarga

Stressor merupakan agen-agen pencetus atau penyebab stress. Dalam keluarga stressor biasanya berkaitan dengan kejadian-kejadian dalam hidup yang cukup serius yang menimbulkan perubahan dalam system keluarga, dapat berupa kejadian atau pengalaman antar pribadi (dalam atau luar keluarga), lingkungan, ekonomi, serta social budaya dan persepsi keluarga terhadap kejadian (Padila, Keperawatan Keluarga , 2012). Stressor dibagi 2 :

b) Stressor jangka pendek yaitu stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 6 bulan.

c) Stressor jangka panjang yaitu stressor yang saat ini dialami yang memerlukan penyelesaian lebih dari 6 bulan.

d) Kemampuan keluarga berespon terhadap situasi stressor

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi stressor yang ada.

e) Stretegi koping yang digunakan

Strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

f) Strategi adaptasi disfungsional

Menjelaskan adaptasi disfungsional (perilaku keluarga yang tidak adaptif) ketika keluarga menghadapi masalah (Sulvari Gusti APD, 2013).

24) Harapan Keluarga

Pada akhir pengkajian perawat menanyakan harapan keluarga terhadap petugas kesehatan yang ada (Sulvari Gusti APD, 2013).

25) Keluhan Utama

Penyakit tuberculosis ini sering dijuluki the great imitator, yaitu suatu penyakit yang mempunyai suatu penyakit yang mempunyai banyak kemiripan dengan penyakit lain yang memberikan gejala umum seperti lemah dan demam. Pada sejumlah klien gejala yang timbul tidak jelas sehingga diabaikan bahkan kadang-kadang asimtomatik. Bahkan yang menyebabkan klien dengan TB paru meminta pertolongan dari tim kesehatan dapat dibagi menjadi dua golongan, yaitu: (Arif, 2008)

a) Keluhan respiratorik, meliputi:

(1) Batuk

Keluhan batuk, timbul paling awal dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan. Perawat harus menanyakan apakah batuk terus-menerus dengan dahak selama tiga minggu atau lebih (Laban, 2008).

(2) Batuk darah

Keluhan batuk darah pada klien TB paru selalu menjadi alasan utama klien untuk meminta pertolongan kesehatan. Hal ini disebabkan rasa takut klien pada darah yang keluar dari jalan nafas. Perawat harus menanyakan seberapa banyak darah yang keluar atau hanya berupa blood sterak, berupa garis, atau bercak-bercak darah.

(3) Nyeri dada

Nyeri dada pada TB paru termasuk nyeri pleuritik ringan. Gejala ini timbul apabila system pernafasan di pleura terkena TB.

b) Keluhan sistemis, meliputi:

(1) demam

Keluhan yang sering dijumpai dan biasanya timbul pada sore atau malam hari mirip demam influenza, hilang timbul, dan semakin lama semakin panjang serangannya, sedangkan masa bebas serangan semakin pendek.

c) Keluhan sistemis lain

Keluhan yang biasanya timbul ialah keringat malam, anoreksia, penurunan berat badan, malaise. Timbulnya keluhan biasanya bersifat gradual muncul dalam beberapa minggu- bulan. Akan tetapi penampilan akut dan batuk, panas, dan sesak nafas walaupun jarang dapat juga timbul menyerupai gejala pneumonia.

26) Riwayat Penyakit Saat Ini

Pengkajian yang dilakukan untuk mendukung keluhan utama. Dalam pengkajian ini dilakukan dengan pertanyaan yang bersifat ringkas sehingga jawaban yang diberikan klien hanya kata “Ya” atau “Tidak”. Apabila keluhan utama adalah batuk, maka perawat harus menanyakan seberapa lama keluhan batuk itu muncul (onset).

Keluhan awal yang timbul adalah batuk dan merupakan gangguan yang paling sering dikeluhkan, mula-mula nonproduktif kemudian berdahak bahkan bercampur darah bila sudah terjadi kerusakan jaringan. Ternyata selama keluhan batuk muncul, apakah ada keluhan lain seperti demam, keringat malam, atau menggigil yang mirip dengan demam influenza karena keluhan demam dan batuk merupakan gejala awal dari TB paru. Tanyakan apakah batuk disertai dahak/sputum yang kental atau tidak, serta apakah klien mampu melakukan batuk efektif untuk mengeluarkan sekret yang menempel pada jalan nafas.

27) Riwayat Penyakit Sebelumnya

Bahwa yang harus dikaji tentang riwayat penyakit sebelumnya yaitu dengan menanyakan:

- a) Apakah pasien pernah mengalami batuk yang lama dan tidak sembuh-sembuh?
- b) Apakah pasien pernah berobat tetapi tidak sembuh?

- c) Apakah pasien pernah berobat tetapi tidak teratur?
- d) Apakah pasien riwayat kontak dengan penderita Tuberkulosis Paru?
- e) Apakah pasien daya tahan tubuhnya menurun?
- f) Apakah pasien riwayat vaksin yang tidak teratur?

28) Riwayat Penyakit Keluarga

Mengkaji tentang riwayat penyakit keluarga karena meskipun secara patologis TB paru ini tidak ditularkan, tetapi perawat harus tetap mengkaji apakah penyakit TB paru ini pernah dialami oleh keluarga lainnya sebagai faktor predisposisi penularan didalam rumah (Arif, 2008).

29) Riwayat Social Ekonomi

(Wahit & Suprpto, 2013) Bahwa perawat harus mengkaji tentang riwayat social ekonomi klien dengan cara menanyakan antara lain yaitu:

a) Riwayat pekerjaan

Perawat harus menanyakan tentang jenis pekerjaan, waktu dan tempat bekerja, dan jumlah penghasilan.

b) Aspek psikososial

Perawat harus menanyakan apakah klien merasa dikucilkan atau tidak, tidak dapat berkomunikasi dengan bebas, menarik diri, biasanya pada keluarga yang kurang mampu, masalah yang berhubungan dengan kondisi ekonomi, untuk sembuh perlu waktu yang lama dan biaya yang banyak, masalah tentang masa depan dan pekerjaan pasien, dan tidak bersemangat dan putus harapan.

c) Pengkajian psiko-soial-spiritual

Perawat perlu menanyakan kondisi permukiman pasien bertempat tinggal. Hal ini penting karena peningkatan TB Paru sangat rentang dialami oleh mereka yang bertempat tinggal dipermukiman padat dan kumuh karena populasi bakteri TB Paru lebih mudah hidup ditempat yang kumuh dengan ventilasi dan pencahayaan sinar matahari yang kurang. TB Paru merupakan penyakit yang pada umumnya menyerang masyarakat miskin karena tidak sanggup meningkatkan daya tahan tubuh nonspesifik dan mengonsumsi makanan yang

kurang gizi. Selain itu, juga karena ketidaksanggupan membeli obat, ditambah lagi kemiskinan membuat individunya diharuskan bekerja secara fisik sehingga mempersulit penyembuhan penyakitnya (Arif, 2008).

30) Pola Kegiatan Sehari-Hari

a) Pola aktivitas dan istirahat

- (1) Data subjektif : rasa lemah, cepat lelah, aktivitas berat timbul, sesak nafas, selit tidur, demam, menggigil, berkeringat malam hari.
- (2) Data objektif: takikardi, takipnea/ dispnea saat beraktivitas, irritable, sesak nafas, demam subfebris (40-41 °C) (Abd.Wahit & Suprpto, 2013).

31) Pola nutrisi

a) Data subjektif: anoreksia, mual, tidak enak diperut, penurunan berat badan

- #### b) Data objektif: tugor kulit jelek, kulit kering/ bersisik, kehilangan lemak subkutan (Abd.Wahit & Suprpto, 2013). Penderita tuberkulosis dengan sputum BTA (+) memiliki tingkat kecukupan energi yang lebih rendah dari pada penderita tuberkulosis dengan sputum BTA (-). Tingkat kecukupan energi responden tuberkulosis mayoritas berada pada kategori kurang, baik tuberkulosis dengan sputum BTA (+) maupun sputum BTA (-). Hal ini disebabkan karena mayoritas responden tuberkulosis tidak menjalankan diet tepat yaitu Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP). Asupan energi diperoleh dari konsumsi makanan seseorang sehari-hari untuk menutupi pengeluaran energi, baik orang sakit maupun orang sehat, konsumsi pangan harus mengandung energi yang cukup sesuai dengan kebutuhannya. Kebutuhan energi mengalami penurunan 5% setiap 10 tahun (Lauzilfa, Wirjatmadi, & dkk, 2016).

32) Pola Eliminasi

Kejadian efek samping yang di alami oleh pasien TB paru selama menjalani pengobatan OAT. Dimana kejadian efek samping yang paling sering terjadi yaitu warna kemerahan pada air seni (100%) yang di rasakan oleh semua pasien yang menjalani pengobatan TB. Efek samping yang dirasakan oleh reponden

ini hanyalah urin berwarna kemerahan selain itu responden tidak mengalami adanya efek samping yang berarti. Memang tidak berbahaya bagi pasien, namun cukup membuat pasien merasa khawatir. Hal ini terjadi karena proses metabolisme obat dari rifampisin dan efek samping utama yang paling sering timbul adalah gangguan pencernaan (Farhanisa, Untari, & dkk, 2015).

33) Respirasi

- a) Data subjektif: batuk produktif/ non produktif, sesak nafas, sakit dada
- b) Data objektif: mulai batuk kering sampai batuk dengan dahak/sputum hijau/purulent, mukolitik kuning atau bercak darah, pembengkakan kelenjar limfe, terdengar bunyi ronchi basah, kasar di apeks paru, takipneu (penyakit luas atau fibrosis perikim paru atau pleural), sesak nafas, perkembangan pernafasan tidak simetris (efuis pleural), perkusi pekek dan penurunan fremitus (cairan pleural), deviasi trakeal (penyebaran bronkogenik) (Abd.Wahit & Suprpto, 2013).

34) Rasa nyaman/ nyeri

- a) Data subjektif: nyeri dada meningkat karena bentuk berulang
- b) Data objektif: berhati-hati pada area yang sakit karena perilaku distraksi, gelisa, nyeri bisa timbul bila infiltrasi radang sampai ke pleura sehingga timbul pleuritis (Abd.Wahit & Suprpto, 2013).

35) Integritas ego

- a) Data subjektif: faktor stress lama, masalah keuangan, perasaan tak berdaya / tak ada harapan
- b) Data objektif: menyangkal (selama tahap dini), ansietas, ketakutan, mudah tersinggung (Abd.Wahit & Suprpto, 2013).

36) Pemeriksaan fisik (Muttaqin, 2012)

- a) Keadaan umum fisik dan tanda- tanda vital
Keadaan umum pada klien dengan TB paru dapat dilakukan secara selintas pandang dengan menilai keadaan fisik setiap bagian tubuh. Selain itu, perlu dinilai secara umum tentang kesadaran klien yang terdiri atas kompos mentis,

apatis, somnolen, spor, soporokoma, atau koma. Seorang perawat perlu mempunyai pengalaman dan pengetahuan tentang konsep anatomi fisiologi umum sehingga dengan cepat dapat menilai keadaan umum, kesadaran dan pengukuran GCS bila kesadaran klien menurun yang memerlukan kecepatan dan ketepatan penilaian.

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital pada klien dengan TB paru biasanya didapatkan peningkatan suhu tubuh secara signifikan, frekuensi nafas meningkat apabila disertai sesak nafas, denyut nadi biasanya meningkat seiring dengan peningkatan suhu tubuh dan frekuensi pernafasan, dan tekanan darah biasanya sesuai dengan adanya penyakit penyulit seperti hipertensi.

(1) B1 (Breathing)

Pemeriksaan fisik pada klien dengan TB paru merupakan pemeriksaan fokus yang terdiri atas inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi:

(a) Inspeksi

Bentuk dada dan pergerakan pernafasan sekaligus pandang tentang klien dengan TB paru biasanya tampak kurus sehingga terlihat adanya penurunan proporsi diameter bentuk dada anterior-posterior dibandingkan proporsi diameter lateral. Apabila ada penyulit TB paru sepertinya adanya efusi pleura yang masif, maka terlihat adanya ketidaksimetrian rongga dada, pelebaran *intercosta space*(ICS) pada sisi yang sakit. TB paru yang disertai atelektasis paru membuat bentuk dada menjadi tidak simetris, yang penderitanya mengalami penyempitan *intercosta space*(ICS) pada sisi yang sakit.

Batuk dan sputum. Saat melakukan pengkajian batuk pada klien dengan TB paru, biasanya didapat batuk produktif yang disertai adanya peningkatan produksi secret dan sekresi sputum yang purulen. Pemeriksaan jumlah produksi sputum, terutama apabila TB paru disertai adanya bronkiektasis yang membuat klien akan mengalami peningkatan produksi sputum per hari sebagai penunjang evaluasi terhadap intervensi keperawatan yang telah diberikan.

(b) Palpasi

Palpasi trachea. Adanya pergeseran trachea menunjukkan- meskipun terapi tidak spesifik- penyakit dari lobus atau paru. Pada TB paru yang disertai adanya efusi pleura masif dan pneumothoraks akan mendorong posisi trachea kearah berlawanan dari sisi sakit.

Gerakan dinding thoraks anterior/ ekskruksi pernafasan. TB paru tanpa komplikasi pada saat dilakukan palpasi, gerakan pada saat bernafas biasanya normal dan seimbang antara bagian kanan dan kiri. Adanya penurunan gerakan dinding pernafasan biasanya ditemukan pada pasien TB paru dengan kerusakan perenkim paru yang luas (Arif, 2008).

(c) Perkusi

Pasien TB paru minimal tanpa komplikasi, biasanya akan didapatkan bunyi resonan atau sonor pada seluruh lapang paru. Pada pasien TB paru yang disertai dengan komplikasi seperti efusi leura akan didapatkan bunyi redup sampai pekek pada sisi yang sakit sesuai banyaknya akumulasi cairan di ronggo pleura. Apabila disertai pneumothoraks ventil yang mendorong poisi paru ke sisi yang sehat.

(d) Auskultasi

Pasien dengan TB paru didapatkan bunyi nafas tambahan (ronchi) pada sisi yang sakit. Penting bagi perawat memeriksa untuk mendokumentasikan hasil askultasi didaerah dimana didapatkan adanya ronchi. Bunya yang terdengar di stetoskop ketika pasien berbicara disebut sebagai resonan vocal. Pasien TB paru yang disertai komplikasi serta efusi pleura dan pneumotoraks akan didapat penurunan resonan vocal pada sisi yang sakit.

(b) B2 (Blood)

Pada pasien dengan TB paru pengkajian yang didapat meliputi:

- Inpeksi : inspeksi tentang adanya parut dan keluhan kelemahan fisik.
- Palpasi : denyut nadi parifer 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, pasien tampak dengan wajah meringis, merintih, meregang dan mengeliat. Saat dilakukan pengkajian pada mata, biasanya didapatkan adanya konjungtiva anemis pada TB paru dengan hemaptoe masif dan kronis, dan sclera ikterik pada TB paru dengan gangguan fungsi hati.

(d) B4 (Bledder)

Penggunaan volume output urine berhubungan dengan intake cairan. Oleh karena itu perawat perlu memonitor adanya oliguria karena hal tersebut merupakan tanda awal dari syok. Pasien diinformasikan agar terbiasa dengan urine yang berwarna jingga peket dan berbau yang menandakan fungsi ginjal masih normal sebagai ekskresi karena minum obat OAT terutama rifampisin.

(e) B5 (Bowel)

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

(f) B6 (Bone)

Aktivitas sehari-hari banyak pada klien dengan TB paru. Gejala yang muncul antara lain kelemahan. Kelelahan, insomnia, pola hidup menetap. Dan jadwal plaraga menjadi tidak teratur.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan keluarga dirumuskan berdasarkan data yang diperoleh pada pengkajian. Proses perumusan berdasarkan data yang diperoleh pada pengkajian. Proses perumusan diagnosis diawali dengan meleakukan analisis data, penentuan diagnosis, kemudian penentuan prioritas diagnosis. Analisis

data subjektif (DS) dan data objektif (DO). Pernyataan langsung dari keluarga termasuk dalam DS, sedangkan data yang diambil dengan observasi, data sekunder, atau data selain pernyataan langsung dari keluarga termasuk dalam DO.

Perumusan masalah berdasarkan NANDA dan etiologinya berdasarkan hasil pengkajian dari tugas perawatan keluarga yang terdiri dari 5 tugas keluarga yaitu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, merawat anggota keluarga yang sakit, menciptakan lingkungan yang dapat meningkatkan kesehatan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada. Tipologi diagnosis keperawatan keluarga dapat berupa kasus aktual, resiko, dan potensial. Kasus untuk diagnosis keperawatan potensial boleh menggunakan etiologi dalam penulisan diagnosisnya.

37) Skoring Diagnose Perawatan

Menurut Balion dan Maglaya (1978)

Tabel 2.2 Skoring Keperawatan Keluarga

KRITERIA	SKOR	BOBOT
1. Sifat masalah		1
• Tidak / kurang sehat	3	
• Ancaman kesehatan	2	
• Krisis atau keadaan sejahtera	1	
2. Kemungkinan masalah dapat diubah		2
• Dengan mudah	2	
• Hanya sebagian	0	
• Tidak dapat	1	
3. Potensial masalah untuk dicegah		1
• Tinggi	3	
• Cukup	2	
• Rendah	1	
4. Menonjolnya masalah	2	
• Masalah berat harus segera ditangani	1	1
• Ada masalah, tetapi tidak perlu harus segera ditangani		
• Masalah tidak dirasakan	0	

Penetapan Skoring Prioritas Diagnose Perawatan Keluarga

$$\frac{\text{Nilai skor}}{\text{Nilai tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

38) Diagnosa keperawatan: Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas (Herdman & Kamitsuru, 2018-2020)

a) Definisi

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

b) Batasan karakteristik

Tidak ada batuk

Suara napas tambahan

Perubahan pola napas

Perubahan frekuensi napas

Sianosis

Kesulitan verbalisasi

Penurunan bunyi napas

Dispnea

Sputum dalam jumlah yang berlebihan

Batuk yang tidak efektif

Ortopnea

Gelisah

Mata terbuka lebar

c) Faktor yang berhubungan

Mukus berlebih

Terpapar asap

Benda asing dalam jalan napas

Sekresi yang tertahan

Porokok pasif

Perokok

d) Kondisi terkait

Spasme jalan napas

Jalan napas alergik

Asma

Penyakit paru obstruksi kronis

Eksudat dalam alveoli

Hyperplasia pada dinding bronkus

Infeksi disfungsi neuromuscular

Adanya jalan napas buatan

2.2.3 Intervensi Keperawatan

(Wilkinson, 2014)

Tabel 2.3 Intervensi Keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN		EVALUASI		INTERVENSI
	TUM	TUK	KRITERIA	STANDART	
Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan (5 fungsi keluarga dalam ...)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan atau kunjungan rumah selama 3 kali pertemuan, diharapkan ketidakefektifan bersihan jalan napas klien dapat teratasi (adanya batuk berkurang / sekret berkurang, pasien tidak sesak, tidak ada suara napas tambahan)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan : 1). klien dan keluarga dapat mengenal masalah kesehatan tentang penyakit TB paru. 2). klien dan keluarga dapat mengambil tindakan kesehatan yang tepat dalam mengatasi penyakit TB Paru. 3). klien dan keluarga dapat memberikan keperawatan pada anggota keluarga yang mengalami penyakit TB Paru. 4). klien dan keluarga dapat menciptakan lingkungan rumah yang nyaman bagi anggota keluarga yang mengalami penyakit TB Paru. 5). klien dan keluarga dapat memanfaatkan fasilitas kesehatan yang	Kognitif	1) Klien dan keluarga mengetahui tentang konsep penyakit TB Paru. 2) Klien dan keluarga mengetahui tentang tanda dan gejala TB Paru. 3) Klien dan keluarga mengetahui tentang komplikasi TB Paru. 4) Klien dan keluarga mengetahui tentang pengobatan TB Paru.	1) Pemantauan fungsi napas (1) Kaji suara napas tambahan (2) Kecepatan, irama dan kedalaman napas (3) Kaji adanya penggunaan otot bantu pernapasan 2) Pemantauan pengeluaran sekret (1) Kaji warna sekret (2) Kaji jumlah produksi sekret dengan batuk efektif (3) Kaji adanya keberadaan hemoptisis 3) Memposisikan klien dalam posisi semi fowler. Bantu dan ajarkan klien untuk melakukan batuk efektif dan melakukan latihan nafas dalam. 4) Anjurkan klien untuk mengkonsumsi minum air hangat sesuai kebutuhan 5) Peyuluhan tentang : penyakit TB Paru dan cara perawatan pembuangan sekret.

ada untuk mengatasi permasalahan.

Afeksi

- 1) Klien dan keluarga dapat memutuskan kesehatan yang tepat.
 - 2) Klien dan keluarga telah memanfaatkan pelayanan kesehatan dalam mengatasi penyakitnya.
-

Psikomotor

- 1) Klien dan keluarga dapat merawat anggota keluarga yang terkena TB Paru.
 - 2) Klien dan keluarga dapat menciptakan lingkungan rumah yang sehat untuk mengatasi penyakitnya.
-

2.2.4 Implementasi Keperawatan

Menurut implementasi dalam keperawatan yaitu tahap dimana perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah diterpkan. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi ini adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling membantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi (Asmadi, 2008). Latihan batuk efektif merupakan aktivitas perawat untuk memberikan sekresi pada jalan napas. Penulis melakukan tindakan batuk efektif pada kedua klien yaitu dengan mengacu pada terori intervensi Kurnianto, 2015

Tabel 2. 4 SOP Tindakan Batuk Efektif

No	Kegiatan
A.	<p>Pengkajian Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kaji progam/ intrusi medic 2) Kaji status pernafasan yang mengindikasi dilakukan teknik batuk efektif 3) Kaji tingkat pengetahuan klienb teknik tentang batuk efektif 4) Kaji kemampuan klien dalam melakukan teknik batuk efektif
B.	<p>Perencanaan Keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Klien dan keluarga kooperatif selama tindakan 2) Klien dan keluarga memahami tujuan dari teknik batuk efektif yang diberikan 3) Klien dapat mengikuti arahan/ intruksi yang diberikan oleh perawat 4) Klien dapat melakukan tindakan cara mandiri pada sesi latihan berikutnya. <p>Persiapkan alat</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Handscoen dan masker wajah untuk proteksi b. Pot sputum/ bengkok yang telah diberikan desinfektan c. Tissue d. Handuk kecil e. Stetoskop
C	<p>Tindakan keperawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengucapkan salam 2) Memperkenalkan diri

-
- 3) Menjelaskan tujuan tindakan
 - 4) Mendekatkan peralatan kedekat klien
 - 5) Melakukan cuci tangan 6 langkah
 - 6) Menjaga privasi klien
 - 7) Menggunakan handscoen dan masker sebagai proteksi
 - 8) Memberikan posisi high fowler (80-90°)
 - 9) Memasang alas dada pada klien
 - 10) Meletakkan bengkok/pot sputum berisis desinfektan pada pangkuan klien
 - 11) Mengajarkan prosedur pada klien menarik nafas dalam secara perlahan, tahan 1-3 detik lalu hembuskan perlahan melalui mut (\pm 3 kali). Lalu mengajarkan kepada klien untuk menarik napas dalam secara perlahan, tahan 1-3 detik, pada saat hendak ekspirasi, klien dianjurkan untuk melakukan batuk efektif (batuk kuat dengan bantuan otot-otot abdomen).
 - 12) Menganjurkan klien untuk menarik napas secara perlahan, tahan 1-3 detik, lalu hembuskan perlahan melalui mulut
 - 13) Menganjurkan kembali klien untuk menarik napas dalam secara perlahan, 1-3 detik, pada saat hendak ekspirasi, klien dianjurkan untuk melakukan batuk efektif (batuk kuat dengan bantuan otot-otot abdomen)
 - 14) Menganjurkan pasien untuk membuang sputum yang dihasilkan ke pot sputum/bengkok yang berisi desinfektan
 - 15) Membersihkan mulut klien jika terdapat bekas sputum yang menempel dengan menggunakan tissue.
 - 16) Menganjurkan klien untuk mengulangi prosedur batuk efektif sebanyak 2-6 kali hingga klien merasa nyaman. Setiap pengulangan diberikan waktu istirahat kurang lebih 5 menit.
 - 17) Mengevaluasi kenyamanan pasien, keluhan sesak, frekuensi pernafasan, pola pernafasan, ada tidaknya sputum yang dikeluarkan, ada tidaknya sputum yang ditelan, suara napas tambahan yang mengindikasi penumpukan sekret serta pengetahuan klien tentang prosedur tindakan yang telah dilakukan.

2.2.5 Evaluasi Keperawatan

Bahwa kriteria evaluasi pada pasien tuberculosis paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas yaitu (Arif, 2008) :

- a. Klien mampu melakukan batuk efektif
- b. Pernafasan klien normal (16-20 x/menit) tanpa penggunaan alat otot bantu napas
- c. Bunyi napas normal/ tidaka ada suara tambahan
- d. Pergerakan pernapasan normal.

BAB 3. METODOLOGI PENULISAN

3.1 Desain Penelitian

Laporan kasus adalah laporan yang ditulis secara naratif untuk mendeskripsikan pengalaman medis dan keperawatan seseorang atau beberapa orang pasien secara rinci dengan tujuan peningkatan capaian pengobatan.

Pada penulisan ini, akan mengeksplorasi pengalaman perawat dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga yang anggota keluarganya mengalami TB paru dengan masalah keperawatan ketidaktifan bersihan jalan napas di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam laporan kasus ini adalah asuhan keperawatan keluarga yang anggota keluarganya mengalami TB paru dengan masalah kepeawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas. Adapun istilah- istilah yang digunakan dalam laporan kasus ini meliputi asuhan keluarga, TB paru, dan ketidakefektifan bersihan jalan napas.

- 3.2.1 Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses tindakan keperawatan yang dilakukan didalam lingkungan keluarga dengan menggunakan pendekatan kepada anggota keluarga yang mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu : mengenal, memutuskan, merawat, memodifikasi, dan menggunakan fasilitas kesehatan.
- 3.2.2 TB paru adalah penyakit infeksi menular yang dapat menyerang organa tubuh terutama perenkim paru yang disebabkan oleh bakteri Mycobacterium tuberculosis yang salah satunya di tandai dengan batuk lebih dari 2 minggu, sesak napas, penurunan berat badan dan yang dilakukan pemeriksaan sputum BTA (+) yang positif
- 3.2.3 Ketidakefektifan bersihan jalan napas adalah ketidakmampuan untuk membersihkan secret atau obstruksi saluran napas guna memepertahankan jalan napas yang bersih yang di tandai dengan minimal 2 batasan karakteristik terdapat suara napas tambahan dan batuk tidak ada atau tidak efektif.

3.3 Partisipan

Partisipan dalam penyusunan studi kasus adalah 3 klien yang memiliki masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas yang memiliki kriteria :

- 3.3.1 Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan.
- 3.3.2 Di keluarga yang anggota keluarganya mempunyai riwayat TB Paru.
- 3.3.3 Anggota keluarga yang setuju menjadi responden (menandatangani inform consent).
- 3.3.3 Klien batuk-batuk 2 minggu dan terdapat suara napas tambahan.

3.4 Lokasi Dan Waktu

3.4.1 Lokasi

Penelitian ini dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Rogotrunan yaitu Kelurahan Jogoyunan dan Kelurahan Citrodiwangsan

3.4.2 Waktu

Waktu pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga dilakukan selama 4 kali kunjungan sesuai dengan kontrak anatar peneliti dan keluarga. Total waktu yang digunakan adalah sekitar 1 bulan. Rincian jadwal kunjungan yang telah dilakukan peneliti sebagaimana pada tabel 3.1 berikut.

Tabel 3.1 Waktu Kunjungan Ke Keluarga Binaan

Klien	TM 1	TM 2	TM 3	TM 4
Pertama	05/02/2019	06/02/2019	07/02/2019	08/02/2019
Kedua	02/03/2019	03/03/2019	04/03/2019	05/03/2019

3.5 Pengumpulan Data

3.5.1 Wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data yang dilakukan dengan caraberinteraksi, bertanya dan mendengarkan apa yang disampaikan secara lisan oleh responden atau partisipan. Metode ini sering digunakan untuk mengetahui pendapat, pandangan, pengalaman atau persepsi responden atau partisipan tentang satu permasalahan (Dharma, 2011). Anamnesa pada keluarga yang mengalami TB dengan keluhan riwayat batuk lebih dari 2 minggu. Ketidakefektifan dalam mengeluarkan sputum, menanyakan tentang riwayat pada keluarga.

3.5.2 Observasi

Observasi adalah kegiatan pengumpulan data melalui pengamatan langsung terhadap aktivitas responden atau partisipan yang terencana, dilakukan aktif dan sistematis (Dharma, 2011). Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan melakukan pengamatan secara langsung kepada responden penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti (Hidayat, 2009). Pengumpulan data yang dilakukan dengan mengamati pasien untuk memperoleh data tentang masalah keperawatan klien seperti melihat keadaan rumah dan menghitung pernafasannya / RR. Observasi dapat dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indra lainnya, melalui rabaan, sentuhan dan pendengaran.

3.5.3 Studi Dokumentasi

Penelitian menggunakan pengumpulan data dengan metode studi dokumen karena dokumen dapat memberikan informasi tentang situasi yang tidak dapat diperoleh langsung melalui observasi langsung atau wawancara. Media yang termasuk studi dokumentasi, antara lain yaitu buku harian pribadi, surat, otobiografi dan biografi serta dokumen dan berbagai laporan dinas. Sumber dokumen bias dari yang informal sampai formal. Penelitian keperawatan bias menggunakan jadwal, laporan, dan catatan kusus, standar asuhan dan lainnya sebagai sumber. Penelitian memerlukan sumber tersebut layak transkrip wawancara atau hasil catatan hasil observasi, yang nanti dapat dianalisis dengan memberikan kode dan kategori (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Studi ini dilakukan dengan jalan menelusuri dokumen yang ada, misalnya catatan kesehatan (tes alergi dan spirometri), kartu keluarga, kartu menuju sehat, dan literature.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data Tuberkulosis Paru dimaksudkan untuk menguji kualitas data/ informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validasi tinggi. Disamping integritas penulis (karena penulis menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan yaitu dengan triangulasi data yaitu memperkuat data dengan cara memperoleh data dari berbagai sumber (klien,

keluarga tetangga, petugas kesehatan), melakukan observasi waku/kesempatan berbeda selama beberapa waktu, dan konsultasi dengan tim ahli.

3.7 Analisa Data

Analisis data pada pendekatan kualitatif merupakan analisis yang bersifat subjektif karena peneliti adalah instrument utama untuk pengambilan data dan analisis data penelitiannya. Secara umum kegiatan analisis data pada pendekatan kualitatif memiliki empat tahapan, yaitu sebagai berikut :

- 3.7.1 Pengumpulan data, dengan menggunakan hasil WOD (wawancara, observasi, dan studi dokumentasi). Hasil tersebut ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip atau catatan terstruktur.
- 3.7.2 Mereduksi data, dari hasil wawancara yang berkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan dengan nilai normal.
- 3.7.3 Penyajian data, dilakukan dalam bentuk table, gambar, bagan, ataupun teks naratif. Kerahasiaan pasien dijaga dengan cara mengaburkan identitas pasien.
- 3.7.4 Kesimpulan, dari data yang disajikan, kemudian dibahas dan dibandingkan dengan hasil penulis terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

3.8 Etika Penulisan

3.8.1 Lembar Persetujuan

Informed consent atau lembar persetujuan merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan 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 subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Beberapa informasi yang harus ada dalam informed consent tersebut antara lain : partisipan pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah

yang dilakukan yang akan terjadi, mafaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dll.

2.8.2 Tanpa Nama

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

2.8.3 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 (Hidayat, 2009).

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah menguraikan dan membahas asuhan keperawatan TB Paru pada Tn. S dan Ny. I maka pada bab ini penulis akan menyimpulkan dan menyampaikan saran, untuk perbaikan asuhan keperawatan di masa yang akan datang

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Berdasarkan hasil pengkajian, kedua klien menderita TB Paru dengan hasil pemeriksaan yang berbeda. Klien 1 pemeriksaan BTA (+) dan foto rontgen (+) sedangkan klien 2 pemeriksaan BTA (-) dan foto rontgen (+). Perbedaan lama pengobatan pada klien 1 dan klien 2 diakibatkan oleh penyakit penyerta pada klien 1. Pada pengkajian lingkungan dari segi pemanfaatan ruangan klien 1 kurang baik dengan penerang cahaya matahari yang terbatas. Dengan suhu ruangan yang terasa lembab, jendela depan jarang dibuka, penataan perabotan makan dan minum yang sudah digunakan di taruh di sembarangan tempat, penyimpanan dan bekas menggunakan masker yang di taruh disembarang tempat serta pembuangan dahak yang tidak pada tempatnya. Serta keadaan lingkungan rumah yang berdekatan dengan pasar yang kumuh serta di depan rumahnya terdapat kandang ayam yang tidak dibersihkan setiap harinya. Berbeda dengan klien 2 Pemanfaatan ruangan cukup baik dengan penerangan yang cukup, perabotan rumah tertata dengan rapi, rumah bersih namun jendela kamar Ny. I berdekatan dengan kandang ayam. Dengan suhu ruangan yang terasa lembab dengan dibuktikan pada dinding ruang tamu terdapat jamur/ berlumut. Serta terdapat 1 tempat kamar tidur yang tidak pernah dibuka cendelanya dan hanya digunakan sebagai penyimpanan barang-barang bekas.

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan dapat disimpulkan bahwa kedua klien mengalami masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas. Dari sebelas batasan karakteristik NANDA dan Non-NANDA tidak semua batasan karakteristik tersebut muncul. Pada klien 1 muncul 6 batasan karakteristik,

sedangkan pada klien 2 muncul 4 batasan kataristik. Pada kedua klien tidak muncul dispnea, sianosis, kesulitan bicara, penurunan suara napas.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Dalam melakukan asuhan keperawatan perlu suatu perencanaan yang baik. Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurai, atau mengoreksi masalah-masalah yang diidentifikasi pada diagnose keperawatan. Tahap ini dimulai setelah diagnosa keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi. Susunan intervensi yang akan dilakukan dan kriteria hasil pada tujuan umum mengacu pada NANDA-I 2018-2020. Sedangkan pada tujuan khusus mengacu pada 5 tugas keluarga pada intervensi keperawatan keluarga ini.

Intervensi keperawatan terdiri dari headt education (HE), tindakan mandiri, kolaborasi, dan observasi monitoring evaluasi. Pada intervensi keperawatan ini juga menggunakan intervensi tambahan dari jurnal lain

5.1.4 Implementasi

Implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi dilakukan dalam 3 kali kunjungan keluarga. Intervensi dalam implementasi dilakukan secara bertahap sesuai dengan catatan perkembangan dan evaluasi pengetahuan setiap kali kunjungan pada klien. Intervensi yang diberikan bersifat edukatif, terapeutik, dan kolaboratif. Terapi dari 15 intervensi yang direncanakan tidak semua dilakukan pada setiap 3 kali kunjungan tersebut.

Pendidikan kesehatan yang mencakup konsep penyakit diberikan pada kunjungan pertama untuk membentuk persepsi klien tentang penyakitnya. Selain itu pemantauan adanya tanda-tanda ketidakefektifan bersihan jalan napas juga dilakukan pada kunjungan pertama guna menentukan tindakan di kunjungan selanjutnya. Pada mengevaluasi pengetahuan klien tentang penyakit, serta dilakukan motivasi agar klien beranggapan penyakitnya dapat disembuhkan.

5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah aspek penting proses keperawatan karena kesimpulan yang ditarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan, atau diubah. Masalah keperawatan yang di evaluasi pada ke kedua klien

teratasi pada kunjungan ketiga namun harus dilakukan pengulangan yang kooperatif dari kedua klien.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga diharapkan untuk lebih mengenal masalah kesehatan agar tatalaksana mandiri dapat dilakukan dengan tepat sehingga resiko komplikasi tidak muncul

5.2.2 Bagi Puskesmas

Diharapkan Puskesmas lebih meningkatkan upaya promosi kesehatan termasuk pencegahan komplikasi pada TB Paru. Serta dilakukan pendataan pada penderita TB Paru yang belum terdata untuk mengurangi penderita TB Paru dari tahun ke tahun.

5.2.3 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan untuk dapat memodifikasi dan mengembangkan intervensi menjadi lebih selektif guna mengatasi masalah kesehatan pada klien. Dan juga membuat sarana promosi kesehatan melalui media yang lain seperti booklet, poster, dan lain-lain.

5.2.4 Bagi Perawat

Diharapkan perawat dapat mengkolaborasi intervensinya dengan adanya intervensi baru yang diaplikasikan kepada keluarga yang menderita TB Paru

5.2.5 Bagi Institusi Pendidikan

Laporan tugas akhir ini diharapkan dapat menambah informasi dan referensi tentang pelaksanaan Asuhan keperawatan keluarga pada anggota keluarga yang menderita TB Paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas

DAFTAR PUSTAKA

- (Who), W. H. (2018). *Global Tuberculosis Report*. Cataloguing-In-Publication (Cip) Data.
- Abd.Wahit, & Suprpto, I. (2013). *Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respirasi*. Jakarta.
- Afiyanti, Y., & Rachmawati, I. N. (2014). *Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan* . Jakarta: Rajawali Pres.
- Ahsan, Kumboyono, & Dkk. (2018). Hubungan Pelaksanaan Tugas Keluarga Dalam Kesehatan Dengan K Emandirian Lansia Dalam Pemenuhan Aktivitas Sehar- Hari . *J.K.Mesencephalon* , 158-164.
- Ali, Z. (2010). *Pengantar Keperawatan Keluarga* . Jakarta: Egc.
- Arif, M. (2008). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gngguan Sistem Pernapasan* . Jakarta : Selemba Medika.
- Asmadi. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan* . Jakarta: Egc.
- Aswiyati, I. (2016). Peran Wanita Dalam Menunjang Perekonomian Rumah Tangga Keluarga Petani Tradisional Untuk Penanggulangan Kemiskinan Di Desa Kuwil Kecamatan Kalawa. *Jurnal Holistik* .
- Ayomi, A. C., & Onny Setiani, T. J. (2012). Faktor Risiko Lingkungan Fisik Rumah Dan Karakteristik Wilayah Sebagai Determinan Kejadian Penyakit Tuberculosis Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Sentani Kabupaten Jayapura Provinsi Papua. *Jurnal Kesehatan Lingkungan Indonesia* .
- Bahar, A., & Amin, Z. (2007). *Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta.
- Charismanda, S. B., & Pramudaningsih, I. N. (2017). Pengaruh Pemberian Imunisasi Bcg Terhadap Kejadian Penyakit Tbc Pada An.L Di Desa Kedungwaru Lor Kecamatan Karanganyar Demak. *Pengaruh Pemberian Imunisasi Bcg* .
- Darlina, D. (2011). Manajemen Pasien Tuberculosis Paru. *Jurnal Psik- Fk Unsyiah* .
- Dary, Puspita, D., & Mela, S. K. (2017). Peran Keluarga Dalam Merawat Anak Yang Menderita Penyakit Tb Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Getasan. *Jurnal Link* .

- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan (Pedoman Melaksanakana Dan Menerapkan Hasil Penelitian)*. Jakarta: Cv. Trans Info Media.
- Dinkes. (2016). *Profil Kesehatan Kabupaten Lumajang Tahun 2016*. Lumajang.
- Dotulong, J. F., & Margareth R. Sapulete, G. D. (2015). Hubungan Faktor Risiko Umur, Jenis Kelamin Dan Kepadatan Hunian Dengan Kejadian Penyakit Tb Paru Di Desa Wori Kecamatan Wori. *Jurnal Kedokteran Komunitas Dan Tropik* .
- Efendi, A. (2017). Upaya Meningkatkan Kebersihan Jalan Npas Pada Pasien Dengan Tuberkulosis Paru.
- Ernawati, Wati, L., & Sinuraya, N. (2010). Hubungan Perilaku Hidup Sehat Penderita Tb Paru Dengan Penularan Penyakit Tb Paru Dalam Keluarga. *Stikes Hangtuah Tanjungpinang* .
- Fahareza, E. U., & Waluyo, H. (2012). Hubungan Antara Kualitas Fisik Rumah. *Jurnal Kedokteran Muhammadiyah* .
- Fahreza, E. U., Waluyo, H., & Novitasari, A. (2012). Hubungan Antara Kualias Fisik Rumah Dan Kejadian Tuberkulosis Paru Dengan Basil Tahan Asam Positif Di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Semarang. *Jurnal Kedokteran Muhammadiyah* , 9-13.
- Farhanisa, Untari, E. K., & Dkk. (2015). Kejadian Efek Samping Obat Anti Tuberkulosis (Oat) Kategori 1 Pada Pasien Tb Paru Di Unit Pengobatan Penyakit Paru - Paru (Up4) Provinsi Kalimantan Berat. *Jurnal Farmasi* , 7-9.
- Greenhalgh, I., & Butler, A. (2017). Sanatoria Revisited: Sunlight And Health . *J R Coll Physicians Edinb* , 47: 276–80 .
- Hasanah, M., Makhfudli, & Dkk. (2018). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Efikasi Diri Penderita Tuberculosis Multidrug Resistant (Tb-Mdr) Di Poli Tb-Mdr Rsud Ibnu Sina Gresik. *Jurnal Kesehatan* .
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018-2020). *Nanda-I Diagnosis Keperawatan Definisi Dan Klasifikasi* . Jakarta : Egc.
- Hidayat, A. (2009). *Medote Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Selemba Medika.
- Imam, S. (2008). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan* . Jakarta.

- Isselbacher, K. (2015). *Harrison Prinsip - Prinsip Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Egc.
- Kasanah, W. N., Kristiyawanti, S. P., & Dkk. (2015). Efektifitas Batuk Efektif Dan Fisioterapi Dada Pagi Dan Siang Hari Terhadap Pengeluaran Sputum Pasien Asma Bronkial. *Program Studi S.1 Ilmu Keperawatan Stikes Telogorejo Semarang* .
- Kesehatan, D. (2018). *Cegah Penyakit Tbc Dinkes Lumajang Gelar Sosialisai*. Lumajang: Pedomainindonesia.Com.
- Kesehatan, R. (2014). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta: [Http://Www.Dolternida.Rekansejawa.Com/Dokumen/Depkes-Pedoman-Nasional-Penanggulangan-Tbc-2011-Dokternida.Com.Pdf](http://www.dolternida.rekansejawa.com/dokumen/depkes-pedoman-nasional-penanggulangan-tbc-2011-dokternida.com.pdf).
- Kh. Mifta Faqih, M., H. Sarmidi Husna, M., & Dkk. (2014). *Buku Pintar Penanggulangan Tuberkulosis: Kupasan Para Kyai*. Jakarta : Usaid.
- Krisanty, P., Sumartini, M., & Wartono. (2014). Stima Dan Diskriminasi Klien Tuberkulosis (Stigma And Discrimination Of Client. *Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jakarta Iii* .
- Kusnanto, Pradanie, R., & Karima, I. A. (2016). Spiritual Emotional Freedom Techique (Seft) Terhadap Kualitas Hidup Penderita Tuberkosis Paru. *Jkp* .
- Laban, Y. (2008). *Tbc Penyakit & Cara Pencegahannya*. Yogyakarta: Kanisius.
- Lanus, I. N., Suyani, I. N., & Dkk. (2014). Hubungan Antara Sanitasi Rumah Dengan Kejadian Tb Paru Di Kabupaten Bangli Tahun 2012. *Jurnal Kesehatan Lingkungan* , 146 - 151.
- Lanus, I. N., Suyasa, I. N., & Dkk. (2012). Hubungan Antara Sanitasi Rumah Dengan Kejadian Tb Paru Di Kabupaten Bangli Tahun 2012. *Jurnal Kesehatan Lingkungan* .
- Lauzilfa, R. W., Wirjatmadi, B., & Dkk. (2016). Tingkat Kecukupan Zat Gizi Makro Dan Status Gizi Pasien Tuberkulosis Dengan Sputum Bta (+) Dan Sputum Bta (-). *Media Gizi Indonesia* , 144-152.
- Majampoh, A. B., Rondonuwu, R., & Onibala, F. (2013). Pengaruh Pemberian Posisi Semi Fowler Terhadap Kestabilan Pola Napas Pada Pasien Tb Paru Di Irna C5 Rsup Prof Dr. R.D. Kandou Manado. *Ejornal Keperawatan, Volume 3*, 1-7.

- Majampoh, Boki, A., & Dkk. (2013). Pengaruh Pemberian Posisi Semi Foler Terhadap Kestabilan Pola Napas Pada Pasien Tb Paru Di Irna C5 Rsup Prof Dr. Kandau Manado. *Jurnal Keperawatan* .
- Manalu, H. S., & Sukana, B. (2011). Aspek Pengetahuan Sikap Dan Perilaku Masyarakat Kaitannya Dengan Penyakit Tb Paru. *Media Litbang Kesehatan* .
- Mando, N. J., Widodo, D., & Dkk. (2018). Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Tb Di Puskesmas Janti Kota Malang . *Nursing News* .
- Media, Y. (2011). Faktor - Faktor Sosial Budaya Yang Melatar Belakangi Rendahnya Cakupan Penderita Tuberkulosis Paru Di Puskesmas Padang Kandis Kecamatan Guguk Kabupaten 50 Kota (Provinsi Sumatera Barat). *Bul. Penelitian. Kesehatan* , 119 - 128.
- Muttaqien, F. (2010). *Dunia Paru Www.Doktermudaliar.Wordpress.Com*. Elex Media Komputindo.
- Muttaqin, A. (2012). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Pernapasan* . Jakarta: Salemba Medika .
- Nugroho, R. A. (2011). Studi Kualitatif Faktor Yang Melatarbelakangi Drop Out Pengobatan Tuberkulosis Paru. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* .
- Oktavia, S., Mutaha, R., & Dkk. (2016). Analisis Faktor Risiko Kejadian Tb Paru Di Wilayah Kerja Puskesmas Kertapati Palembang. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat* , 124-138.
- Oktavia, S., Mutahar, R., & Dkk. (2016). Analisis Faktor Risiko Kejadian Tb Paru Di Wilauah Kerja Puskesmas Kertapati Palembang. *Jurnal Ilmu Kessehatan Masyarakat* .
- Padila. (2013). *Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Padila. (2012). *Keperawatan Keluarga* . Yogyakarta: Nuha Medika.
- Pertiwi, R. N., Wuryanto, M., & Dkk. (2012). Hubungan Antara Karakteristik Individu, Praktik Hygiene Dan Sanitasi Lingkungan Dengan Kejadian Tuberculosis Di Kecamatan Semarang Utara Tahun 201. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* , Halaman 435 - 445.
- Pratikanya, F. A. (2017). Analisis Biaya Antituberkulosis Kategori 1 Pasien Rawat Jalan Di Rsud X Tahun 2017. *Universitas Muhammadiyah Surakarta* .

- Pratiwi, N. L., Roosihermiatie, B., & Dkk. (2012). Faktor Determinan Budaya Kesehatan Dalam Penularan Penyakit Tb Paru. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* , 26-37.
- Pribadi, A. (2018). Efektifitas Pengeluaran Sekeret Dengan Teknik Napas Dalam Dan Batuk Efektif Pada Pasien Tb Di Poli Paru Rsi Nu Lamongan. *Jurnal Skripsi Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Stikes Majapahit Mojokerto* .
- Pribadi, A. (2018). Efektifitas Pengeluaran Sekret Dengan Terapi Teknik Napas Dalam Dan Batuk Efektif Pada Pasien Tb Di Poli Paru Rsi Nu Lamongan . *Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Stikes Majapahit Mojokerto* .
- Putri, D. P., & Lestari, S. (2015). Pembagian Peran Dalam Rumah Tangga Pada Pasangan Suami Istri Jawa . *Jurnal Penelitian Humaniora* , 72-85.
- Putri, F. A., P, P. N., & Bm, S. (2017). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Praktik Phbs Pencegahan Penyakit Tb Paru Pada Santri Di Pondok Pesantren Nurul Hasan Kabupaten Magelang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* .
- Putri, F. A., P, P. N., & Bm, S. (2017). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Praktik Phbs Pencegahan Penyakit Tb Paru Pada Santri Di Pondok Pesantren Nurul Hasan Kabupaten Magelang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* .
- R, Z., & S, A. (2015). Penyuluhan Batuk Efektif Terhadap Penurunan Tanda Dan Gejala Pasien Tuberkulosis Paru. *Journals Of Ners Community* , 8-13.
- Ramadhayanti, D. A., Cahyo, K., & Widogdo, L. (2018). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pencegahan Kejadian Drop Out Tuberkulosis Pada Keluarga Di Seluruh Wilayah Kerja Puskesmas Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat* .
- Ri, K. K. (2018, Maret 5). Kemenkes Percepat Atasi 3 Masalah Kesehatan. *Kementerian Kesehatan Ri* .
- Ri, K. K. (2017). *Penemuan Pasien Tuberkulosis*. Jakarta.
- Rokhmah, D. (2013). Gender And Tuberculosis: The Implication To Low Health Care Access For The Poo. *Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasial* .
- Rosandali, F., Aziz, R., & Dkk. (2016). Hubungan Antara Pembentukan Scar Vaksin Bcg Dan Kejadian Infeksi Tuberkulosis . *Jurnal Kesehatan Andalas* .
- Sianturi, R. (2014). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kekambuan Tb Paru. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat* .

- Sianturi, R. (2014). Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Kekambuhan Tb Paru . *Ilmu Kesehatan Masyarakat* .
- Sitorus, E. D., Lubis, R. M., & Dkk. (2018). Penerapan Batuk Efektif Dan Fisioterapi Dada Pada Pasien Tb Paru Yang Mengalami. *Program Studi D-Iii Keperawatan Akademi Keperawatan Husada Karya Jaya*, .
- Sitorus, E. D., Lubis, R. M., & Dkk. (2018). Penerapan Batuk Efektifitas Dan Fisioterapi Dada Pada Pasien Tb Paru Yang Mengalami Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di Rsud Kota Jakarta Utara. *Jakhkj* .
- Sitorus, F. E., & Barus, D. T. (2018). Hubungan Koping Stres Dengan Kepatuhan Minum Obat Pada Penderita Tuberkulosis Paru . *Jurnal Keperawatan & Fisioterapi (Jkf)* .
- Somantri, I. (2008). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Pernafasan* (Shelvy Dwi Citra Ed.). Jakarta : Penerbit Selemba Medika.
- Subuh, D. M., & Priohutomo, D. S. (2014). *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Ri.
- Sugiarti, S., Ramadhian, M., & Dkk. (2018). Vitamin D Sebagai Suplemen Dalam Terapi Tuberkulosis Paru . *Majoriti* .
- Sulistiyono, R. E., Sukartini, T., & Dkk. (2017). Peningkatan Efikasi Diri Masyarakat Dalam Pencegahan Tuberkulosis Berbasis Budaya . *Jurnal Ilmiah Kesehatan* , 196-203 .
- Sulvari Gusti Apd, S. N. (2013). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta : Cv. Trans Info Media.
- Susanto, T. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Jakarta Timur: Cv. Trans Info Media.
- Timur, D. K. (2018). *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2017*. Jawa Timur: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Tuberkulosis, K. K. (2015). *Panduan Pengendalian Tuberkulosis Di Tempat Kerja*. Bakti Husda.
- Wahit, A., & Suprpto, I. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Asuhan Keperawatan Pada Gangguan Sistem Respiratori* . Semarang: Penerbit Erlangga.

- Werdhani, R. A. (2002). *Patofisiologi, Diagnosis, Dan Klasifikasi Tuberkulosis. Departemen Ilmu Kedokteran Komunitas, Okupasi, Dan Keluarga* .
- Who. (2018). *Global Tuberculosis Report*.
- Wilkinson, J. M. (2014). *Diagnosa Keperawatan*. Jakarta: Egc.
- Yanti, Z. (2017). Pengaruh Diabetes Melitus Terhadap Keberhasilan Pengobatan Tb Paru Di Puskesmas Tanah Kalikending. *Fakultas Kesehatan Masyarakat* .
- Yasin, N. M., Kusumaningtyas, R. A., & Dkk. (2016). *Anti - Tuberkulosis*. Yogyakarta.
- Yusi, N., Widagdo, L., & Dkk. (2018). Analisis Hubungan Antara Dukungan Psikososial Dengan Perilaku Keberhasilan Pengobatan Pasien Tb Di Kota Semarang . *Jurnal Kesehatan Masyarakat (E-Journal)* .
- Yusup, N. A., & Sulistyorin, L. (2005). Hubungan Sanitasi Rumah Secara Fisik Dengan Kejadian Ispa Pada Balita. *Jurnal Kesehatan Lingkungan* .
- Zettira, Z., & Sari, M. I. (2017). Penatalaksanaan Kasus Baru Tb Paru Dengan Pendekatan Kedokteran Keluarga. *J Medula Unila , Volume 7, 68-69*.

Lampiran 3. 1 Jadwal Penyelenggaraan Karya Tulis Ilmiah

**JADWAL PENYELENGGARAAN KARYA TULIS ILMIAH: LAPORAN KASUS ASUHAN KEPERAWATAN
KELUARGA TB PARU PADA TN. S DAN Ny. I DENGAN MASALAH KEPERAWATAN KETIDAKEFEKTIFAN
BERSIHAN JALAN NAPAS DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS ROGOTRUNAN LUMAJANG TAHUN 2019**

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2018 / 2019																															
	APR				MEI				JUNI				JULI				AGT				SEP				OKT				NOV			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Informasi penelitian	■	■	■	■																												
Konfirmasi penelitian	■	■	■	■																												
Konfirmasi judul			■	■																												
Penyusunan proposal laporan kasus					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Sidang proposal																																
Revisi																																

Lampiran 3. 2 Surat Izin Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id
LUMAJANG - 67313

SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN
 Nomor : 072/211/427.75/2019

Dasar : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
 2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.

Menimbang : Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Kampus Lumajang Nomor:129/UN25.1.14.2/LT/2019 tanggal 25 Januari 2019, perihal izin Pengambilan Data atas nama DWI YUNI LESTARI.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : DWI YUNI LESTARI
2. Alamat : Jl. Cempaka Bagusari Rt 2 Rw 13 Lumajang
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : UNEJ Kampus Lumajang/162303101065
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan:

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien TB Paru dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019
2. Bidang Penelitian : Keperawatan
3. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
4. Anggota/Peserta : -
5. Waktu Penelitian : 31 Januari 2019 s/d 31 Mei 2019
6. Lokasi Penelitian : Dinas Kesehatan Kab. Lumajang, Puskesmas Rogotrunan Lumajang

Dengan ketentuan : 1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
 4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 29 Januari 2019
 a.n KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK
 KABUPATEN LUMAJANG
 Kepala Bidang HAL


Drs. ABU HASAN
 Pembina
 NIP. 196208011993031001

Tembusan Yth. :

1. Bupati Lumajang (sebagai laporan),
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Ka. PKM Rogotrunan Lumajang,
6. Sdr. Koord. Prodi D3 Keperawatan
 UNEJ Kampus Lumajang,
7. Sdr. Yang Bersangkutan.

Lampiran 3. 3 Surat Izin Penyusunan Tugas Akhir


KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG
 Jl. Brigjend. Katamso Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67312
 Email : d3keperawatan@unej.ac.id

KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG

Nomor : 128 /UN25.1.14.2/2019^{LT}

TENTANG

IJIN PENYUSUNAN TUGAS AKHIR

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Tugas Akhir Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor : 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 23 Januari 2019

MEMUTUSKAN

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : Dwi Yuni Lestari
 Nomor Induk Mahasiswa : 162303101035
 Tempat, Tanggal Lahir : Lumajang, 24 Juli 1998
 Prodi : D3 Keperawatan
 Tingkat / Semester : III/ V
 A l a m a t : Jln. Cempaka Bagusari Jogotrunan Lumajang RT 03/RW 13

dijinkan memulai menyusun Tugas Akhir dengan judul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Pasien TB Paru Dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Napas Di Wilayah Kerja Puskesmas Rogotrunan Lumajang Tahun 2019”

Dengan pembimbing :

1. R. Endro Sulistyono, S.Kep., Ners., M.Kep

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

Ditetapkan di : Lumajang
 Pada Tanggal : 25 Januari 2019

Koordinator Prodi D3 Keperawatan
 Universitas Jember Kampus Lumajang


NURUL HAYATI, S.Kep.Ners.MM
 NIP. 19650629 198703 2 008

Lampiran 3. 4 Informed Consent klien 1

Lampiran 2

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang
--

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Inisial : TN. S
 Umur : 42 Tahun
 Jenis kelamin : Laki - laki
 Alamat : Jl. Patimura gang mustola Tumpokersan
 Pekerjaan : Wiraswasta

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

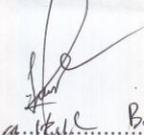
“Asuhan Keperawatan Keluarga pada pasien TB paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di wilayah kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang Tahun 2019”

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

Lumajang, 4 Februari 2019Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian


 Dwi Yuni Lestari
 NIM. 162303101035

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian


 (... Syaiful Bahri ...)

Lampiran 3. 5 Informed Consent klien 2

Lampiran 2

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

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang
--

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Inisial : NY.S
 Umur : 49 tahun
 Jenis kelamin : Perempuan
 Alamat : Jogoyudan Rt 02 / 9 Lumajang
 Pekerjaan : Wiraswasta

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

“Asuhan Keperawatan Keluarga pada pasien TB paru dengan masalah keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan napas di wilayah kerja Puskesmas Rogotruran Lumajang Tahun 2019”

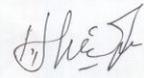
Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, 1. Maret 2019

Mengetahui,
Penanggung Jawab Penelitian


Dwi Yuni Lestari
NIM. 162303101035

Yang Menyetujui,
Peserta Penelitian


(Siti Masilah...)

Lampiran 3. 6

**PANDUAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN KELUARGA PADA KLIEN
TUBERKULOSIS PARU DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
KETIDAKEFEKTIFAN BERSIHAN JALAN NAPAS**

No.	Pengkajian	Klien 1	Klien 2
1.	Biodata: a. Jenis Kelamin Berdasarkan hasil penelitian ini, kekambuhan TB paru lebih banyak pada perempuan (53,9%) dibandingkan dengan laki-laki (46,1%). Hal ini mungkin karena aktivitas di luar rumah sehingga tidak menutup kemungkinan untuk terkena paparan luar yang sama antara laki-laki dan perempuan. b. Umur Responden rentang usia 17-25 tahun sebesar 11%, kemudian responden dengan rentang usia 55-65 tahun sebesar 29%, sedangkan responden dengan rentang umur 36-45 tahun sebanyak 29% (Yanti, 2017).		
2.	Keluhan Utama Keluhan yang paling sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan, meliputi: batuk berdahak ± 2minggu, batuk berdarah sesak nafas, keringat malam dingin (Bahar & Amin, 2007)		
3.	Riwayat Penyakit Sekarang Pengkajian yang didapat adalah berupa faktor pencetus terjadinya TB paru yaitu terdapat kuman <i>Mycobacteriumtuberculosis</i> yang di buktikan dengan pemeriksaan sputum SPS, keluhan batuk ± 2minggu (Padila, Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam, 2013)		
4.	Riwayat Penyakit Dahulu Pengkajian riwayat penyakit dahulu yang mendukung dengan mengkaji apakah sebelumnya klien pernah menderita batuk lama dan tidak sembuh – sembuh, pernah berobat tetapi tidak teratur, pernah kontak dengan penderita TB paru.		
5.	Riwayat Penyakit Keluarga Mengkaji tentang riwayat penyakit keluarga karena meskipun secara patologis TB paru ini tidak ditularkan, tetapi perawat harus tetap mengkaji apakah penyakit TB paru ini pernah dialami oleh keluarga lainnya sebagai faktor presdisposisi penularan didalam rumah (Arif, 2008).		
Pola Kesehatan Fungsional			
6.	Pemeliharaan Kesehatan Kebiasaan sosial: menanyakan kondisi permukiman pasien bertempat tinggal karena kepadatan permukiman dan kondisi lingkungan yang kumuh dan ventilasi dan		

	pencahayaan yang kurang akan menyebabkan penularan TB Paru (Arif, 2008).		
7.	Pola Kebersihan Lingkungan Dengan adanya rumah yang mempunyai ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman bakteri <i>Mycobacterium tuberculosis</i> dan perilaku hidup bersih dan sehat dalam membuang ludah sesuai tempat dapat mencegah penularan terjadinya TB paru (Lanus, suyasa, & dkk, Hubungan Antara Sanitasi Rumah Dengan Kejadian TB Paru Di Kabupaten Bangli Tahun 2012, 2012).		
8.	Pola Nutrisi dan Metabolik Kehilangan napsu makan. Mual/ muntah. Penurunan berat badan signifikan. Diet tepat yaitu Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP)(Lauzilfa, Wirjatmadi, & dkk, 2016)		
9.	Pola Eliminasi Kejadian efek samping yang di alami oleh pasien TB paru selama menjalani pengobatan OAT. Dimana kejadian efek samping yang paling sering terjadi yaitu warna kemerahan pada air seni (100%) yang di rasakan oleh semua pasien yang menjalani pengobatan TB Paru (Farhanisa, Untari, & dkk, 2015).		
10.	Pola Aktivitas dan Latihan Rasa lemah, cepat lelah, aktivitas berat timbul, sesak nafas, selit tidur, demam, menggigil, berkeringat malam hari (Abd.Wahit & Suprpto, 2013).		
11.	Genogram kepadatan penghuni merupakan salah satu faktor risiko TB. Dimana semakin padat rumah maka perpindahan penyakit, khususnya penyakit menular melalui udara akan semakin mudah dan cepat, apabila terdapat anggota keluarga yang menderita TB dengan BTA positif yang secara tidak sengaja batuk(Dotulong & Margareth R. Sapulete, 2015).		
12.	Pekerjan Kepala keluarga yang mempunyai pendapatan dibawah UMR akan mengkonsumsi makanan dengan kadar gizi yang tidak sesuai dengan kebutuhan bagi setiap anggota keluarga sehingga mempunyai status gizi yang kurang dan akan memudahkan untuk terkena penyakit infeksi diantaranya TB paru (Oktavia, Mutahar, & dkk, 2016).		
13.	Status social dan ekonomi keluarga. Dari hasil penelitian diketahui bahwa sebagian besar masyarakat yang mengalami penyakit TB Paru adalah berasal dari golongan ekonomi yang kurang mampu. Dengan kondisi keterbatasan ekonomi, walaupun biaya pengobatan di puskesmas gratis, namun biaya transportasi apalagi pengobatan		

	penyakit TB Paru dilakukan selama lebih kurang 6 (enam) bulan menjadi hambatan dan pertimbangan masyarakat dalam mencari upaya pengobatan. (Media, 2011).		
14.	Riwayat penyakit keturunan keluarga Sesuai konsep yang dikemukakan oleh (Depkes RI, 2008) bahwa seorang dengan BTA positif sangat berisiko untuk menularkan pada orang disekitarnya terutama keluarganya sendiri (Sitorus, Lubis, & dkk, 2018).		
Pemeriksaan Fisik			
15.	Kedaaan Umum Pada pemeriksaan keadaan umum klien TB Paru Keluhan batuk terus-menerus dengan dahak selama tiga minggu atau lebih, nyeri dada, nyeri dada (Laban, 2008).		
16.	B1 (<i>Breathing</i>) Pengkajian yang didapat dengan adanya tanda batuk lebih 2 minggu, pergerakan dinding dada, bunyi nafas ronchi (Muttaqin, 2012)		
17.	B2 (<i>Bleeding</i>) Lihat adanya parut dan keluhan kelemahan fisik, bradikardi, dan tekanan darah normal(Muttaqin, 2012)		
17.	B3 (<i>Brain</i>) Kesadaran biasanya composmentis, didapatkan sianosis perifer apabila gangguan perfusi jaringan berat. Pengkajian objektif klien: wajah meringis, menangis, merintih, meregang, dan menggeliat, dan sclera ikterik pada TB paru dengan gangguan fungsi hati (Muttaqin, 2012).		
18.	B4 (<i>Bladder</i>) Penggunaan volume output urine berhubungan dengan intake cairan. Oleh karena itu perawat perlu memonitor adanya oliguria karena hal tersebut merupakan tanda awal dari syok. Pasien diinformasikan agar terbiasa dengan urine yang berwarna jingga peket dan berbau yang menandakan fungsi ginjal masih normal sebagai ekskresi karena minum obat OAT terutama rifampisin (Muttaqin, 2012)		
19.	B5 (<i>Bowel</i>) Klien biasanya mengalami mual, muntah, penurunan nafsu makan, dan penurunan berat badan (Muttaqin, 2012).		
20.	B6 (<i>Bone</i>) Aktivitas sehari-hari banyak pada klien dengan TB paru. Gejala yang muncul antara lain kelemahan. Kelelahan, insomnia, pola hidup menetap. Dan jadwal plaraga menjadi tidak teratur (Muttaqin, 2012)		

Lampiran 4. 1 Satuan Acara Penyuluhan

SATUAN ACARA PENYULUHAN

Perawatan Pada Pasien TB Paru

Disusun Oleh :

**Dwi Yuni Lestari
NIM 162303101035**

**PROGAM STUDI D3 KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG
TAHUN 2019**

SATUAN ACARA PENYULUHAN (SAP)

Tema	:	Perawatan Pada Pasien Tb Paru
Hari/ tanggal	:	
Waktu/ jam	:	20 menit
Tempat	:	Kediaman Tn. S dan Ny. I
Penyuluh	:	Dwi Yuni Lestari

A. Analisa Situasi

1. Peserta /sasaran

- a. Bapak/ ibu yang menderita TB Paru dan keluarga
- b. Jumlah peserta 2-5 orang

2. Penyuluh

- a. Mampu mengkomunikasikan penyuluhan dengan metode yang sesuai
- b. Penyuluh mengerti dan memahami materi penyuluhan
- c. Penyuluh mampu memberikan evaluasi kepada peserta

3. Ruangan

- a. Di ruang tamu dengan penerangan bagus

B. Tujuan Instruksional Umum (TPU)

Setelah mengikuti penyuluhan klien dan keluarga diharapkan mampu melakukan perawatan pada keluarga yang terkena TB Paru dengan ketidakefektifan bersihan jalan napas

C. Tujuan Instruksional Khusus (TPK)

Setelah mengikuti penyuluhan diharapkan klien dan keluarga mampu :

1. Mengetahui dan memahami definisi TB Paru
2. Mengetahui dan memahami tanda gejala
3. Mengetahui dan memahami tatalaksana TB Paru
4. Mengetahui dan memahami pencegahan penularan TB Paru

D. Pokok Pembahasan

- a. Definisi Tuberkulosis Paru
- b. Penyebab Tuberkulosis Paru
- c. Tatalaksana Tuberkulosis paru
- d. Pencegahan penularan Tuberkulosis Paru

E. Metode

- a. Cerama
- b. Tanya jawab

F. Media

Leaflet

G. Kegiatan Penyuluhan

Tahap Kegiatan	Kegiatan Penyuluh	Kegiatan Peserta	Metode	Waktu
Pembukaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan salam 2. Memperkenalkan diri 3. Menjelaskan maksud dan tujuan penyuluhan 4. Menjelaskan kontrak waktu. 5. Menggali pengetahuan tentang TB Paru 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Memperhatikan 3. Mendengarkan 	Ceramah	5 menit
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definisi Tuberkulosis Paru 2. Tanda dan gejala TB Paru 3. Tatalaksana Tuberkulosis paru 4. Pencegahan penularan Tuberkulosis Paru 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Memperhatikan 3. Mendengarkan 	Ceramah dan membagikan leaflet	20 menit
Penutup	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi hasil penyuluhan dan bertanya pada audiens 2. Menyampaikan salam penutup 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan 2. Menjawab salam penutup 	Tanya jawab	5 menit

H. Materi

1. Konsep Tuberkulosis Paru

Tuberculosis adalah suatu penyakit infeksi menular yang dapat menyerang berbagai organ, terutama perenkim paru-paru yang disebabkan oleh kuman yaitu *Mycobacterium tuberculosis* dengan gejala yang bervariasi. (Majampoh, Boki, & dkk, 2013). Tuberculosis Paru (TB) merupakan contoh lain infeksi saluran nafas bawah. Penyakit ini disebabkan oleh mikroorganisme *Mycobacterium tuberculosis*

yang biasanya ditularkan melalui inhalasi percikan ludah (droplet) dari suatu individu ke individu lainnya. Tuberkulosis sebagai infeksi bakteri kronik yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* dan ditandai oleh pembentukan granuloma pada jaringan yang terinfeksi dan oleh hipersensitivitas yang diperantarai-sel (*cell mediated hypersensitivity*). Penyakit Tuberkulosis ini biasanya terletak di paru, tetapi dapat mengenai organ lain (Isselbacher, 2015).

2. Tanda dan gejala

a. Demam

Biasanya subfebris menyerupai demam influenza. Tetapi kadang-kadang pana dapat mencapai 40-41°C. Serangan demam pertama dapat sembuh sebentar, tetapi kemudian dapat timbul kembali. Keadaan ini dapat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh pasien dan berat ringannya infeksi kuman tuberculosis yang masuk dalam tubuh

b. Batuk / batuk darah

batuk baru dan setelah penyakit berkembang dalam jaring paru yakni setelah berminggu-minggu atau berbulan-bulan peradangan bermula. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (non-produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum). Keadaan yang lanjut adalah berupa batuk darah karena terdapat pembuluh darah yang pecah.

c. Sesak napas

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

d. Nyeri dada

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

e. Malaise

Penyakit tuberculosis bersifat radang yang menahun. Gejala malaise sering ditemukan berupa anoreksia tidak nafsu makan, berat badan menurun, sakit kepala, meriang, nyeri otot, keringat malam dll. Gejala malaise ini

makin lama semakin berat dan terjadi hilang timbul secara tidak teratur (Bahar & Amin, 2007).

3. Penatalaksana

a. Farmakologi

Terbagi menjadi 2 fase : fase intensif (2-3 bulan) dan fase lanjutan 4 atau 7 bulan.

Jenis obat anti tuberculosis

1) Jenis obat utama yang digunakan adalah :

- (1) Rifampisin
- (2) INH
- (3) Pirazinamid
- (4) Steptomisin (injeksi)
- (5) Etambutol

2) Kombinasi dosis tetap

3) terdiri dari 4 obat antituberkulosis yaitu rifampisin, INH, pirazinamid dan etambutol dan 3 obat antituberkulosis, yaitu rifampisin, INH dan pirazinamid.

4) Jenis obat tambahan lainnya

- (1) Kanamisin
- (2) Kuinalon
- (3) Obat lain masih dalam penelitian : makrolitd, amaksimil, asam klavulanat
- (4) Deviyat rifampisin dan INH

b. Non farmakologi

1) Pemberian posisi *semi fowler* pada pasien TB paru telah dilakukan sebagai salah satu cara untuk membantu mengurangi sesak napas. Posisi yang tepat bagi pasien dengan penyakit kardiopulmonari adalah diberikan posisi *semi fowler* dengan derajat kemiringan 30-45°. Tujuan untuk diketahui pengaruh pemberian posisi *semi fowler* terhadap kestabilan pola napas pada pasien TB paru. (Majampoh, et al., 2013).

- 2) Health education terhadap pasien dan keluarganya mengenai obat harus diminum dan perubahan gaya hidup kearah pola gaya hidup ber sih dan sehat. Konseling mengenai TB yang dapat menular dengan anggota keluarga lainnya yang dapat dicegah dengan pemakaian masker, dan tidak membuang dahak sembarangan (di wc/ kotak sampah didapur/ asbak) (Zettira & Sari, 2017).
- 3) Pemberian terapi Vitamin A dan Vitamin D diteliti berfungsi sebagai imunomodulator yang terlibat dalam aktivasi makrofag melawan patogen. Metabolit aktif akan memodulasi respon pejamu terhadap infeksi mikrobakteria sehingga terjadi pengeluaran cathelicidin yang berfungsi sebagai antimikroba untuk menginduksi autofagi. Defisiensi vitamin D merupakan salah satu faktor risiko terpapar TB dan berhubungan erat dengan sistem imun yang menurun. Penelitian sebelumnya menyatakan vitamin D mampu meningkatkan respon inflamasi penderita TB sehingga terjadi perbaikan klinis yang cukup signifikan(Sugiarti, Ramadhian, & dkk, 2018).
- 4) Penatalaksanaan diet makanan yaitu Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP).Asupan energi diperoleh dari konsumsi makanan seseorang sehari-hari untuk menutupipengeluaran energi, baik orang sakit maupun orang sehat, konsumsi pangan harus mengandung energi yang cukup sesuai dengan kebutuhannya. Kebutuhan energi mengalami penurunan 5% setiap 10 tahun(Lauzilfa, Wirjatmadi, & dkk, 2016).

4. Pencegahan Penularan

a. Minumlah obat secara teratur

Pada pengobatan pasien TB perlu ditunjuk PMO (pengawas menelan obat) sebaiknya berasal dari keluarga atau orang terdekat pasien atau dapat juga direkrut dari kader, petugas kesehatan, teman atau tetangga. Tugas PMO adalah mengingatkan pasien TB untuk minum obat teratur sampai tuntas (selama 6-8 bulan), hingga dinyatakan sembuh oleh dokter, selain itu PMO juga mengingatkan pasien untuk periksa ulang dahak pada waktu yang telah ditentukan, memberi penyuluhan pada anggota keluarga pasien TB yang

mempunyai gejala TB untuk segera memeriksakan diri ke UPK, dan sebaiknya PMO ini menemani pasien TB pada saat kontrol.

- b. Pasien TB harus menutup mulutnya pada saat batuk atau bersin dengan menggunakan tisu, slampe, bila tidak ada bisa menggunakan lengan baju ujungnya, atau menggunakan masker. Jangan menutup mulut saat batuk atau bersin dengan tangan langsung karena bisa sebagai media berpindahny kuman.
- c. Menjalankan hidup sehat di lingkungan yang sehat seperti tinggal di rumah yang cukup mendapatkan sinar matahari dan mempunyai sirkulasi udara yang baik. Agar rumah mendapatkan sinar matahari dan udara yang cukup, bukalah jendela pada pagi hari secara teratur, serta menjemur kasur atau tikar secara teratur agar tidak lembab
- d. Tidak membuang dahak di sembarang tempat, tetapi dibuang langsung di kamar mandi yaitu lubang WC atau mempersiapkan tempat khusus dan tertutup untuk dahak. Pembuangan cairan desinfekatan pembuangan dahak:
 - (1) Mempersiapkan tempat untuk membuang dahak
 - (2) Siapkan tempat pembuangan dahak: kaleng berisi air sabun/detergent, air bayclin, atau air lisol dicampur dengan air atau pasir.
 - (3) Isi cairan tersebut sebanyak 1/3 dari tinggi kaleng yang telah disiapkan.
 - (4) Buang dahak ketempat kaleng tersebut.
 - (5) Buang isi kaleng bila berisi pasir: kubur dibawah tanah.
 - (6) Bila berisi cairan sabun, detergent, bayclin atau lisol: buang di lubang Wc lalu siram.
 - (7) Bersihkan kaleng dengan sabun setiap hari.
 - (8) Kaleng diusahakan tertutup

PERAWATAN PADA PASIEN TB

PARU



Dwi Yuni Lestari

NIM 162302101035

PROGRAM STUDI D3
KEPERAWATAN KAMPUS
LUMAJANG
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

2019



Tuberculosis Paru adalah penyakit infeksi menular yang dapat menyerang organa tubuh terutama perenkim paru yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*.

Penularan pada saat pasien batuk / bersin tanpa menutup mulut dan kuman terhirup oleh orang lain.

Tanda Dan Gejala

1. Batuk 2 minggu / darah
2. Nyeri dada
3. Sesak napas
4. Berkeringat malam
5. Penurunan berat badan

Tatalaksana

Ada 3 macam :

✚ Pengobatan



✚ TKTP



✚ Terapi Vit D



Pencegahan Penularan

- ✚ Minum obat secara teratur
- ✚ Menggunakan masker / tissue saat batuk dan bersin
- ✚ Membuka jendela pada pagi hari dan siang
- ✚ Gaya hidup sehat
- ✚ Meningkatkan asupan makanan bergizi
- ✚ Tidak membuang dahak sembarang tempat

Pembuangan Dahak yang Tepat dan Benar

1. Mempersiapkan tempat khusus membuang dahak
2. Siapkan tempat pembuangan dahak: kaleng berisi air sabun/detergent, air bayclin, atau air lisol dicampur dengan air atau pasir.
3. Isi cairan tersebut sebanyak 1/3 dari tinggi kaleng yang telah disiapkan.
4. Buang dahak ketempat kaleng tersebut.
5. Buang isi kaleng bila berisi pasir: kubur dibawah tanah.

6. Bila berisi cairan sabun, detergent, bayclin atau lisol: buang di lubang Wc lalu siram.
7. Bersihkan kaleng dengan sabun setiap hari.
8. Kaleng diusahakan tertutup.



Cerita inspiratif



Satu hal yang lebih menggetarkan hati, sang panglima besar

Soedirman adalah ketika menepuh separuh seluruh perjuangannya dalam keadaan sakit. Hampir seluruh waktu gerilya, berpindah dari satu kota, satu dusun, dan hutan. Beliau lakukan sembari menahan sakit yang menggerogoti tubuhnya. Penyakit ini dikenal dengan nama *pulmonary tuberculosis* atau TB atau TBC dalam terminologi Indonesia.

Terimakasih

Semoga bermanfaat

Lampiran 4. 2 Absensi Utek

Klien 1

No.	Hari /Tanggal	Tatap Muka	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Selasa/ 05 Feb 2019	TM 1		
2.	Rabu / 06 Feb 2019	TM 2		
3.	Kamis / 07 Feb 2019	TM 3		
4.	Jumat / 08 Feb 2019	TM 4		

Klien 2

No.	Hari/ Tanggal	Tatap Muka	Paraf Mahasiswa	Paraf Pembimbing
1.	Sabtu / 02 Maret 2019	TM 1		
2.	Minggu/ 03 maret 2019	TM 2		
3.	Senin / 04 maret 2019	TM 3		
4.	Selasa / 05 maret 2019	TM 4		

	FORMULIR	No. Dok. :
	LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA	Berlaku Sejak :
		Revisi :

**LOG BOOK PENYUSUNAN KTI
MAHASISWA D3 UNEJ KAMPUS LUMAJANG**

NAMA MAHASISWA :

Dwi Yuni Lestari

NIM :

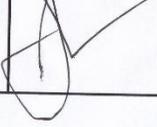
162303101035

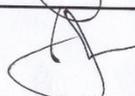
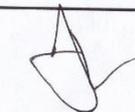
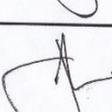
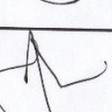
PROGRAM STUDI :

D-III Keperawatan UNEJ

JUDUL KARYA TULIS ILMIAH :

Asuhan Keperawatan keluarga TB paru pd Tr. S dan Hy. I dengan masalah
Keperawatan ketidakpelektifan bersihan jalan napas di wilayah kerja
puskesmas Rogotru sur

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
	21-09 2018	Konsul judul dan BAB I	- masalah yg sering terjadi - membahas latar belakang, rumusan masalah		
	23-09 2018	BAB I	Latar belakang - masalah - skala - etiologi - solusi		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
	24-09 2018	BAB I	Revisi pembaruan skala. mulai dari terkecil sampai terbesar. (sumber di perbarui)		
	27-09 2018	BAB II	- Sumber literatur terbaru. - penyusunan sistematis - harus dari jurnal + Buku		
	29-09 2018	BAB III	revisi penatalaksanaan TB paru harus lengkap. dikasi 2 :		
	5-10 2018	BAB IV	konsep keluarga harus di kaitkan dgn jurna TB paru.		
	7-10/2018	BAB V	konsep keluarga sesuai aspek keluarga dan harus lengkap		
	15/10 2018	BAB VI	- partisipan harus jelas - Batas istilah sesuai masalah.		
	5/1/2019	BAB VII	lokasi penelitian dan waktu harus ditentukan dgn jelas		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
	18/06/2019	BAB IV	- PTO harus di jelaskan dan lengkap, Genogram harus tertata		
	19-06/2019	BAB IV	- sumber harus di perbarui - tidak boleh asal menger Jaban		
	20 06 2019	BAB IV	Revisi sumber jurnal, data terbaru, dan harus sesuai teori		
	22-06/2019		Segera mau sidang ppt jika sudah siap jika belum siap jangan lupa revisi laporan		
			Revisi Pabun 4 dlm log Rapur ACC Pabun		
	9-07/2019		- Jarak judul - PMD - pergantian kata di intervensi - otomatis clearus, daftar isi		
			- penjelasan perbandingan/skala - auto - clearus otomatis.		

Revisi
puseu sidang

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
	11/7 ¹⁹		Rekomendasi judul di Revisi see		
			- Pokok → sudah di - Provisi → di ke da - Mula ingan → cat setiap - Sojara judul → cat setiap - ACC		